Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 1½ Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen werden portofrei erbeten. Für die Redaction unter der Adresse: Karolinenplatz 2/0. Für Abonnement u. Inserate an Jos. Ant. Finsterlin in München, Salvatorstr. 21.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Dr. Bollinger. Dr. H. Ranke. Dr. v. Rothmund. Dr. v. Schleiss. Dr. Seitz. Dr. Winckel.

№ 18. 1886. 4. Mai.

Redacteur: Dr. B. Spatz, Karolinenplatz 2/o.
Verlag: Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21.

33. Jahrgang.

Originalien.

Der Typhus in München während der letzten 20 Jahre.

Von Dr. *v. Ziemssen.*

(Vortrag, gehalten in der Sitzung des ärztl. Vereines am 15. März 1886.)

Die niedere Typhusmorbidität, deren sich die Stadt München seit dem Jahre 1880 erfreut, schien im Herbst des verflossenen Jahres einer höheren Zahl der Erkrankungen Platz zu machen, und sofort liessen sich pessimistische Stimmen hören, welche eine Wiederkehr der alten Typhuszustände prophezeiten. Eine ziffernmässige Zusammenstellung des gesammten im Krankenhause l./I. notirten Zuganges für das Jahr 1885, welche, wie alljährlich, so auch in diesem Jahre im Monat Januar vorgenommen wurde, ergab, dass die Besorgniss unbegründet war. Das Plus ist ein ganz minimales: Der Typhuszugang des Jahres 1885 übersteigt die Ziffer des im letzten Lustrum rel. am stärksten belasteten Jahres 1883 nur um 10 Kranke!

Der Typhuszugang im Krankenhause l./I. gestaltete sich während der letzten 10 Jahre folgendermassen:

Es fallen auf das Jahr

1876	im Ganzen	338	Fälle	1881	im Ganzen	99	Fälle
1877	„ „	723	„	1882	„ „	81	„
1878	„ „	493	„	1883	„ „	127	„
1879	„ „	853	„	1884	„ „	91	„
1880	„ „	492	„	1885	„ „	137*)	„

Auch im Krankenhause r./I. war der Typhuszugang im verflossenen Jahre etwas grösser als im Vorjahre. Allein was will dieses Plus von 20 bis 30 Fällen bedeuten gegen die Frequenzziffern vor dem Jahre 1880, wo wir allein im Krankenhause l./I. Jahresmorbiditäten bis zu 1097 (1872) ja selbst bis 1254 (1865/66) Typhuskranken hatten?

Bevor wir weiter gehen, haben wir die Vorfrage zu erledigen, ob es zulässig sei, aus den Morbiditätsziffern des Krankenhauses Rückschlüsse auf die Morbidität der Gesammtstadt zu ziehen. Diese Frage kann, da wir einen Morbiditätsnachweis aus der ärztlichen Civilpraxis nicht besitzen, nur durch eine Vergleichung der Morbiditäts- und Mortalitätsziffern des Krankenhauses mit den aus den amtlichen Sterbelisten extrahirten Mortalitätsziffern der Stadt erledigt werden. Wenn Sie einen Blick auf das Diagramm werfen, welches die Typhusmorbidität und Mortalität des Krankenhauses l./I. während der letzten 20 Jahre darstellt und dasselbe vergleichen mit dem darunterstehenden Diagramm der Typhusmortalität der ganzen Stadt (nach Monaten geordnet), so werden Sie sofort die Uebereinstimmung in dem Gange der Curven erkennen. Wir können geradezu sagen, dass die Morbiditätsverhältnisse der Krankenhäuser ein getreues Bild der Gesammtmorbidität der Stadt in verkleinertem Massstabe darbieten. Dasselbe Parallelgehen der Krankenhausmorbidität mit der Mortalität der Stadt ist auch für den Dresdener Typhus von Fiedler kürzlich in prägnantester Weise nachgewiesen.

Es wäre nun nicht unwichtig, das Verhältniss der Typhusfrequenz des Krankenhauses l./I. zu der gesammten Typhusfrequenz der Stadt approximativ festzustellen, um den Laien eine Vorstellung von dem Umschwung der Dinge geben zu können, welcher sich im Laufe des letzten Decenniums in Bezug auf die Typhusfrage in München vollzogen hat. Selbstverständlich können wir einer solchen Berechnung wieder nur die Mortalitätsziffern zu Grunde legen, und die Berechnung wird den wirklichen Verhältnissen am nächsten kommen, wenn wir möglichst grosse Zeiträume mit einander vergleichen. Versuchen wir eine solche Berechnung.

Es starben in den Jahren 1868 mit 1885 am Typhus im Krankenhause l./I. 931, in der ganzen Stadt 2968 (einschliesslich der Civilspitäler, ausschliesslich der Militärspitäler*).

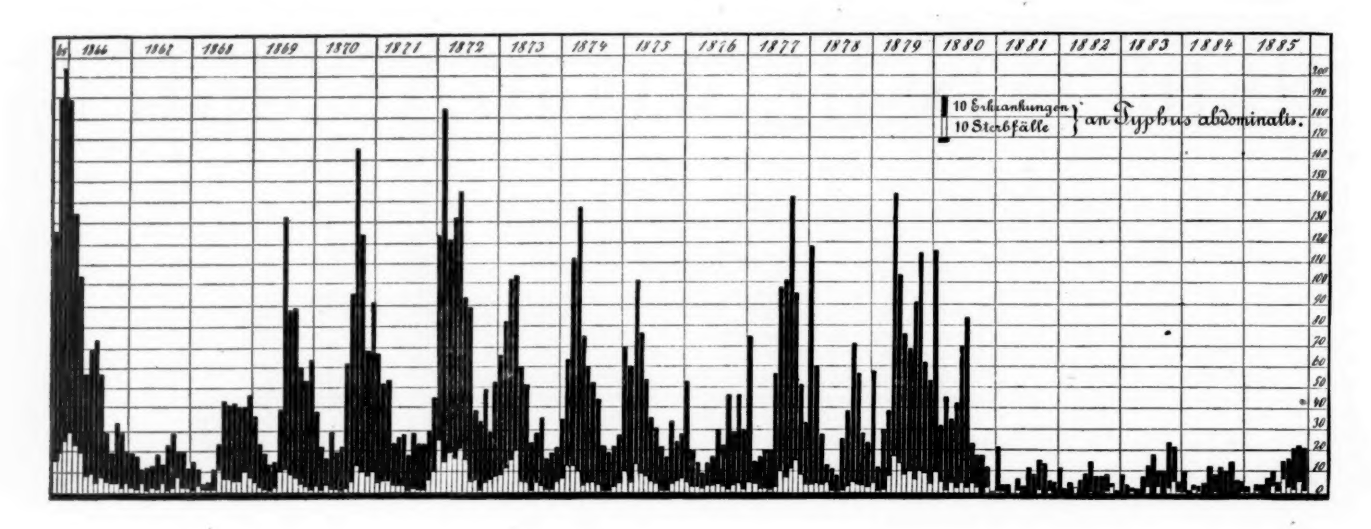
Hiernach beträgt die Typhusmortalität des Krankenhauses l./I. 31,4 Proc. der Gesammtmortalität, mit anderen Worten: es verhalten sich numerisch die Typhussterbefälle des Krankenhauses zu denen der Gesammtstadt wie 1:3,77. Wenn wir nun dieses Mortalitätsverhältniss zwischen Spital und Stadt auf die Morbidität übertragen, so würde sich die Erkrankungsziffer in der Gesammtstadt für das abgelaufene Jahr auf (abgerundet) 516 Typhus-Fälle beziffern.

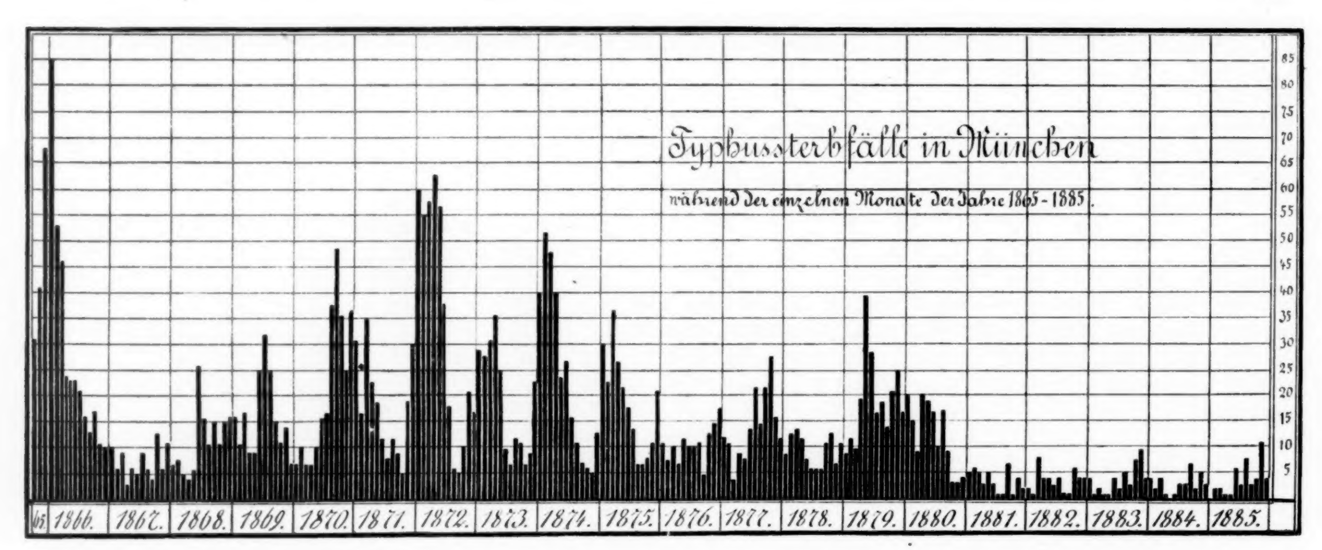
Um nun das numerische Verhältniss der heutigen Morbidität zu der der sechziger und siebziger Jahre klarzulegen, werden wir am besten den Weg gehen, auf welchen uns die Diagramme hinweisen, indem wir nämlich die letzten 5 Jahre als den Zeitraum der geringen Morbidität vergleichen mit dem 15jährigen Zeitraum der hohen Morbidität vorher.

Für diesen Zeitraum von 15 Jahren (1865 mit 1880) ergiebt sich eine Gesammtfrequenz der Typhuserkrankungen im Krankenhaus l./I. von 9472, es entfallen also durchschnittlich auf jedes Jahr 631 Fälle.

*) Darunter 1 Fall, der nicht aus der Stadt stammte, sondern einen zugereisten Handwerksburschen betraf.

*) Die Erkrankungs- und Sterbefälle der Garnison sind bei allen nachstehenden Erörterungen und Berechnungen ausgeschlossen.





Für den 5 jährigen Zeitraum 1881 mit 85 beziffert sich die Gesammtfrequenz auf 535 Erkrankungen, es entfallen also durchschnittlich auf das Jahr 107 Fälle.

Was die Mortalität betrifft, so starben in dem 15 jährigen Zeitraum 1865 mit 1880: 1070, somit in jedem Jahre durchschnittlich 71, dagegen starben in dem 5 jährigen Zeitraum 81 mit 85 nur 54, also durchschnittlich in jedem Jahre 10.

Es beträgt hiernach die Differenz zwischen jedem Jahre des letzten 15 jährigen Zeitraumes und jedem Jahre des vorhergehenden 15 jährigen Zeitraumes 524 Erkrankungen und 61 Todesfälle. Mit anderen Worten: In den letzten 5 Jahren hatte das Krankenhaus l./I. in jedem Jahr durchschnittlich 524 Typhuskranke und 61 Typhustodte weniger als in den Jahren 1865/66 mit 1880.

Berechnen wir nun auf Grund des vorhin angegebenen Berechnungsmodus die Differenz zwischen der Gesammttyphus-Morbidität und -Mortalität der Stadt München in den ersten 15 Jahren und den letzten 5 Jahren, so ergiebt sich das staunenswerthe Resultat, dass in der Civilbevölkerung der Stadt München in dem letzten Lustrum jährlich etwa 1830 Menschen weniger am Typhus erkrankt und 213 jährlich weniger gestorben sind.

Nun, meine Herren, dieses Ergebniss spricht so laut, dass es kaum nöthig ist, dasselbe noch weiteren Erörterungen zu unterziehen. Von Interesse dürfte es aber sein, sich durch Berechnung eine Vorstellung zu verschaffen, welchen Gewinn die Familie, die Gemeinde und der Staat hieraus zieht. Allerdings den Werth des Menschenlebens, das Elend der Familien, die finanzielle Belastung der Gemeinde und des Staates durch Unterstützung der Hinterbliebenen und Siechen abzuschätzen, ist nicht möglich, wohl aber kann man in Ziffern annähernd ausdrücken, was vom rein nationalökonomischen Standpunkte an Arbeit und Erwerb durch den Typhus früher verloren gegangen ist und heute erhalten bleibt. Es kann eine solche Berechnung ja nur eine ganz ungefähre Vorstellung geben, da jede Prämisse und somit auch das Conclusum angreifbar ist.

Rechnet man die Arbeitsunfähigkeit für jeden Typhuskranken auf 50 Tage, und berechnet man den Arbeitsverdienst jedes Tages zu 2,50 M., — ich denke diese Ansätze sind nicht zu hoch gegriffen —, so ergiebt sich, dass jetzt jährlich eine Arbeitsleistung von 91,500 Arbeitstagen und in Geldwerth ausgedrückt eine Summe von 228,750 M. dem Gemeindekörper und dem Staat jährlich erhalten bleibt.

Dass diese Resultate weit entfernt, schön gefärbt zu sein, noch erheblich hinter der Wirklichkeit zurückbleiben, geht aus folgender Erwägung hervor. In unsere Statistik sowie in das Diagramm, welches Ihnen hier vorliegt, sind nur die absoluten Zahlen aufgenommen, und diese würden auch das Verhältniss der Kranken zu den Gesunden richtig wiedergeben, wenn die Bevölkerungsziffer während des letzten Decenniums die gleiche geblieben wäre. Dies ist aber, wie Sie wissen, nicht der Fall gewesen, vielmehr hat unsere Stadt seit dem Jahre 1870 einen Zuwachs ihrer Bevölkerung um nahezu 30 Proc. erfahren. Nun gehen aber erfahrungs- und naturgemäss die Morbiditätsziffern mit den Bevölkerungsziffern immer ziemlich genau parallel: steigt letztere, so steigt auch die erstere entsprechend. Das ist ja eigentlich selbstverständlich und aus den Diagrammen der nicht epi- oder endemischen Krankheiten in unserem Krankenhause überall ersichtlich. An dem Diagramm der Angina, der Bronchitis, der Pleuritis u. A. kann man dieses Ansteigen der Erkrankungsziffer der Bevölkerung auf das unzweideutigste erkennen. Würde der Typhus in derselben Progression wie die andern Krankheiten der ansteigenden Bevölkerungsziffer gefolgt sein, so würden wir auf unserem Typhusdiagramm die Krankheitsberge sich jedes Jahr höher und höher erheben sehen, und wir würden jetzt eine jährliche Typhusfrequenz haben, welche um 30 Proc. höher läge als Anfangs der siebziger Jahre. Wir sehen aber gerade das Gegentheil: ein sanftes Absinken vom Jahre 1875 ab, divergirend mit der Bevölkerungsziffer, und dann plötzlich im Herbst des Jahres 1880 ein Abfall, welcher die Morbidität und Mortalität des Typhus auf ein Minimum herabsetzt. Dieser niedere Stand der Erkrankungsziffern besteht nun seitdem mit relativ geringen Schwankungen fort und selbst die kleinen Herbstacerbationen im Jahre 1883 und 1885 sanken schon in den ersten Wintermonaten wieder ab, wie wir hier auf dem Diagramm im Januar und Februar 1884 bemerken und wie es auch die ersten Monate des laufenden Jahres (1886) uns wieder erwiesen haben.

Meine Herren, das sind Veränderungen in der Morbidität unserer Stadt, welche ihresgleichen in der Geschichte der Orts- und Volkskrankheiten wohl nicht leicht finden werden. Es ist wohl an der Zeit, diese Thatsachen zur Kenntniss der Stadtgemeinde und des Landes zu bringen und, indem wir die Ursachen dieser Erscheinung klarzulegen suchen, zugleich darauf hinweisen, was noch zu thun sei, nicht nur um das gewonnene Terrain zu behaupten, sondern auch um noch weiteres zu gewinnen.

Dass bei der Ergründung der Ursachen der Abnahme der Typhusmorbidität mit aller Vorsicht verfahren werden muss, um nicht in Fehlschlüsse zu verfallen, ist selbstverständlich. Wir würden auch dem Absinken der Typhusmorbidität kein so grosses Gewicht beilegen, wenn sich die Beobachtung nur über einen kurzen Zeitraum erstreckte. Nachdem aber mehr denn ein Lustrum seit dem Eintritt dieser Veränderungen vergangen ist, müssen wir nothwendig von der Möglichkeit eines Zufalls, einer vorübergehenden Erscheinung absehen und die Ueberzeugung gewinnen, dass es sich hier um die gesetzmässigen Wirkungen bestimmter Vorgänge des letzten Decenniums handle.

Es ist neuerdings von verschiedenen Seiten darauf aufmerksam gemacht worden, dass der Abdominaltyphus im Laufe der letzten Decennien in ganz Deutschland im Allgemeinen abgenommen habe, und es ist insbesondere von Fiedler, dem Director des Stadtkrankenhauses in Dresden in einer sehr gründlichen Arbeit nachgewiesen worden, dass diese Thatsache nicht nur in den grossen Städten Deutschlands sondern auch in den kleineren Städten und auf dem Lande sich bemerkbar gemacht habe. Diese Thatsache ist zweifellos richtig, und die zahlreichen Ausnahmen können dieselbe nicht umstossen. Fiedler weist für Dresden, Berlin, Frankfurt und Nürnberg aus den Sterbelisten ein ziemlich gleichmässiges Sinken der Mortalität nach und zieht aus seiner Untersuchung den gewiss gerechtfertigten Schluss, dass die Ursachen dieser Erscheinung in der allgemeinen Verbesserung der sanitären Verhältnisse insbesondere in den grossen Städten zu suchen sei. Wenn Fiedler daneben auch noch der Annahme einer Veränderung des Typhus in klinischer und pathologisch-anatomischer Beziehung zuneigt, so muss eine solche Annahme zunächst noch als eine unerwiesene und nach unsern Münchener Beobachtungen unbegründete ausser Betracht gelassen werden. Unsere Ziffern sprechen auch gegen eine allmälige Abmilderung des infectiösen Charakters der Krankheit. Der acute Verlauf des Absinkens, wie ihn auch andere Grossstädte in Folge energischer Assanirungsmassregeln erfahren haben, spricht mit Entschiedenheit dafür, dass es die Assanirungsmassregeln sind, welchen wir diesen Erfolg verdanken. Von diesen Massregeln dürfen wir der neuen Wasserleitung wohl den geringsten Antheil zuschreiben, da sie erst im Jahre 1884 dem Gebrauche übergeben wurde. Dagegen ist das Hauptgewicht auf die Reinigung des Grundes und Bodens unserer Stadt zu legen, wie selbige vor Allem durch die Canalisation, durch die Befreiung der Höfe von Versitzgruben, durch die Ableitung des Schmutzwassers aus dem Haus- und Gewerbebetrieb, durch Einrichtung des Schlachthauses u. s. w. erzielt wurde.

Dass die Wirkungen dieser schon in den siebziger Jahren begonnenen Assanirungsthätigkeit sich erst gegen Ende der siebziger Jahre und in ganz acuter Weise erst seit 1880 manifestirt, lässt sich ungezwungen durch die wissenschaftlich wohl begründete Annahme erklären, dass ein Boden, welcher durch Jahrhundertelange Imprägnirung mit zersetzungsfähigen Substanzen siechhaft geworden ist, nicht sofort mit der Sistirung weiterer Zuflüsse zersetzungsfähigen Materials siechfrei wird, sondern dass es trotz der bedeutenden Oxydationskraft des Bodens immerhin längerer Zeit bedarf, um alles das in ihm aufgespeicherte oxydationsfähige Material zu vernichten. Es steht mit den wissenschaftlichen Thatsachen durchaus im Einklang anzunehmen, dass das Sinken der Typhusmorbidität im Grossen und Ganzen dem Grade der Reinigung unseres Stadtgrundes entspricht.

Sollte es noch weiterer Stützen für diese Auffassung bedürfen, so finden wir solche in der topographischen Verbreitung des Typhus in der Stadt, wie uns dieselbe aus einer Markirung der Typhusfälle des Jahres 1885 in den einzelnen Strassen der Stadt ersichtlich wird. Bezeichnen wir, wie dies bei meinen statistischen Erhebungen für den Typhus seit vielen Jahren geschieht, die Wohnung oder Schlafstelle jedes dem Krankenhause während des Jahres zugegangenen Typhuskranken auf dem Stadtplan mit einer Marke, so haben wir am Ende des Jahres eine vollkommene Typhustopographie der

Stadt, welche für die Erkennung der Typhuslocalitäten höchst werthvoll ist und die Gesammtverbreitung der Krankheit auf einen Blick übersehen lässt.*)

Das Jahr 1885 zeigt nun auf das Unzweideutigste, dass, wenn auch über die ganze Stadt einzelne Fälle zerstreut sind, doch eine locale Anhäufung vorwiegend in den Strassen zu constatiren ist, welche der Wohlthat der Canalisirung entweder noch gar nicht oder erst seit Kurzem theilhaftig sind oder welche trotz des Bestehens von Canälen älterer Ordnung doch entschieden einen siechhaften Boden noch immer besitzen. Es sind dies die nordöstlichen Bezirke unserer Stadt, an deren Canalisation im vorigen Jahr schon energisch gearbeitet wurde und in diesem Jahr auch ferner gearbeitet werden wird.

Die krankhaften Verhältnisse des Bodens in den einzelnen noch siechhaften Strassen und Häusern zu ergründen und zu beseitigen, ist nicht unsere Aufgabe. Unsere Pflicht aber ist es, auf Grund ärztlicher Constatirungen auf die Localitäten hinzuweisen, welche einer sanitären Verbesserung bedürftig sind, die Gemeindebehörden mit den nöthigen, sachlichen Unterlagen zu versehen und damit eine Anregung zu geben, die siechhaften Localitäten einer eingehenden Untersuchung durch hygienische und technische Sachverständige zu unterziehen.

Der ärztliche Verein hat ebenso ein Recht als eine Pflicht, in der Sache das Wort zu nehmen, da er als Ganzes wie in seinen einzelnen Mitgliedern seit Decennien in Wort und Schrift für die Assanirung der Stadt thätig gewesen ist, da er insbesondere mit Stolz den ersten hygienischen Sachverständigen, den Hauptförderer der sanitären Verbesserungen unserer Stadt, Herrn v. Pettenkofer, zu seinen Mitgliedern zählt. Von seinem ganz objectiven Standpunkte ist der ärztliche Verein vor Allen befähigt, die hocherfreulichen Wirkungen der Assanirungsthätigkeit zu constatiren und den Gemeindebehörden sowie allen den Männern, welche sich um das grosse Assanirungswerk verdient gemacht haben, Dank und Anerkennung auszusprechen. Die Bürger der Stadt müssen wissen, dass die Opfer, welche sie für die Canalisation und die übrigen sanitären Massregeln gebracht haben, tausendfältige Früchte getragen haben und noch ferner tragen werden, sie müssen aber auch wissen, dass noch viel zu thun übrig bleibt, und dass noch grosse Opfer für die Canalisation u. A. gebracht werden müssen, wenn diese Früchte erhalten und vermehrt werden sollen.

Wir unsererseits wollen fortfahren, den Magistrat mit sachlichem Material zu versehen, und ich denke, es wird sich zunächst als zweckmässig empfehlen, für jedes Jahr, einen ziffermässigen und topographischen Nachweis über die Typhuserkrankungen, wie ich Ihnen einen solchen heute für das Jahr 1885 demonstrirt habe, vorzulegen. Ich werde nicht unterlassen, Ihnen im Anfange jedes Jahres einen solchen Nachweis zur Kenntnissnahme und eventueller Beförderung an den Stadtmagistrat zu unterbreiten.

Wir werden uns auf diese Weise in der Folge, denke ich, in den Stand gesetzt sehen, der Gemeinde die sanitären Effecte der Canalisation im Einzelnen d. h. an den einzelnen Strassen und Häusern, welche wir jetzt noch als siechhaft bezeichnen müssen, nachzuweisen.

Wir werden in der Folge hoffentlich auch in der Lage sein, den Einwohnern unserer Stadt die beruhigende Ueberzeugung zu verschaffen, dass die fortschreitende Gesundung des Grundes und Bodens unserer Stadt nicht bloss dem Typhuskeim die Lebensbedingungen entzieht, sondern dass auch die übrigen epidemischen und endemischen Krankheiten als Cholera, Diphtherie, Tuberculose u. a. durch das grosse Assanirungswerk am wirksamsten bekämpft werden.

*) Es handelt sich hiebei, ich wiederhole es, nur um die Typhuszugänge in beiden Krankenhäusern. Auch ist zu bemerken, dass die etwaigen infectiösen Arbeitslocalitäten und ihre Wirkungen hier nicht zum Ausdruck kommen, da wir nur die Wohnung resp. Schlafstelle notiren.

Aus der ambulatorischen Klinik für Kehlkopf-, Rachen- und Nasenkrankheiten des Herrn Prof. Dr. Jurasz in Heidelberg.

Ueber die Verkrümmungen der Nasenscheidewand und deren Behandlung.

Von *Wilhelm Hubert* in Heidelberg.

Die Verkrümmungen der Nasenscheidewand und deren Behandlung sind in den letzten Jahren von verschiedenen Autoren zum Gegenstande von Specialstudien und -arbeiten gewählt worden. In erfreulicher Weise ist auf diesem Gebiete ein Fortschritt zu verzeichnen. Denn nicht allein die klinischen Verhältnisse dieses Leidens sind nach verschiedenen Richtungen hin näher beleuchtet worden, sondern auch die Therapie hat manche wichtige Bereicherung erfahren. Auch ich möchte im Folgenden einen kleinen Beitrag zu dieser Frage liefern, indem ich mir hier die Aufgabe stelle, zunächst das Wesentliche aus der Lehre von den Verkrümmungen der Nasenscheidewand und deren Therapie zusammenzustellen und dann, unter Anführung einiger Beobachtungen, die in der Heidelberger ambulatorischen Klinik für Kehlkopf-, Nasen- und Rachenkrankheiten üblichen, zum Theil neuen Behandlungsmethoden zu beschreiben.

Die regelmässige mediane Stellung der Nasenscheidewand gehört bekanntlich beim Menschen zu den seltensten Erscheinungen. Das Septum weicht in der Regel von der Sagittalebene nach der einen oder der anderen Seite aus und theilt das ganze Cavum narium in zwei ungleiche Höhlen ein. Wir haben es hier also mit einer — sit venia verbo — „normalen Anomalie" zu thun, die nur dann eine Berücksichtigung verdient, wenn sie eine gewisse Grenze überschritten und eine solche Ungleichheit der Nasenhöhlen herbeigeführt hat, dass die Function des Organes entweder beschränkt oder grösstentheils aufgehoben worden ist. Die Verbiegungen betreffen bald nur eine kleine, bald eine grosse Partie der Nasenscheidewand und localisiren sich fast immer nur in den vorderen Abschnitten derselben. Auch die anatomischen Untersuchungen stimmen mit den klinischen Beobachtungen überein, denn Zuckerkandl[1]) fand in allen von ihm untersuchten Fällen die Verkrümmungen nur in den ersten zwei Dritttheilen der Nasenscheidewand; ihr hinteres Ende war stets median eingestellt, und eine ungleiche Weite der Choanen wurde von ihm nicht beobachtet.

Die Verbiegungen geringen Grades treten gewöhnlich im untersten Abschnitte des Septum knapp hinter der Spina nasalis auf. Die Nasenscheidewand und zwar der knorpelige Theil derselben, weicht mehr oder weniger nach rechts oder links aus, und der Wulst ragt einer Geschwulst gleich in die Nasenhöhle hinein, ohne jedoch dieselbe wesentlich zu verengern und irgend welche Störungen in der Respiration hervorzurufen. In den stärkeren Graden dagegen verursacht die Verbiegung, welche mehr oder weniger einen grossen Theil des Septum betrifft,

1) Zuckerkandl. Normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhle und ihrer pneumatischen Anhänge. Wien 1882 (pag. 44 ff.).

eine Stenose oder einen vollständigen Verschluss einer oder beider Nasenhöhlen und ruft Beschwerden hervor, welche in höchstem Grade lästig und unter Umständen selbst gefährlich werden können. Diese stärkeren Verbiegungen sind entweder C-förmige, d. h. das Septum ist nur nach einer Seite hin verbogen, so, dass sich in der einen Nasenhöhle eine starke geschwulstähnliche Prominenz zeigt, welche diese verengt, während an dieser Stelle die nachbarliche erweitert ist, oder sie sind doppelseitige S-förmige in der Weise, dass sich in jeder Nasenhöhle ein Vorsprung und eine Vertiefung vorfindet.

Die Wölbung der Scheidewand ist an der Stelle der Verbiegung manchmal so hochgradig, dass sie die Muscheln berührt, und dass dadurch die nasale Athmung entweder sehr erschwert oder gänzlich aufgehoben ist. Mitunter ist die Verbiegung eine ganz complicirte, indem entweder die knorpelige Scheidewand allein unregelmässige, wellenartige oder höckerige Prominenzen zeigt, oder sich an der Deviation auch der Vomer durch eine schiefe Stellung betheiligt. In einem Falle, den ich in der hiesigen ambulatorischen Klinik für Kehlkopf-, Nasen- und Rachenkrankheiten gesehen habe, waren die Verhältnisse ganz ungewöhnlich. Die knorpelige Nasenscheidewand nämlich stand ziemlich median, der Vomer aber war der Art in dem einen Nasenloche schräg nach oben und aussen gewachsen, dass sich zwischen ihm und dem Septum eine Einstülpung der beide Theile bedeckenden Schleimhaut gebildet hatte.

Eine andere Deformität, die hauptsächlich oder ausschliesslich das knöcherne Septum betrifft, wird bedingt durch einen keil- oder hackenförmigen Fortsatz, der mit breiter Basis senkrecht auf dem Septum aufsitzt, oft die ganze Länge desselben einnimmt und in die Nasenhöhle mehr oder weniger hineinragt. In der grösseren Anzahl dieser Fälle ist dabei auch die knorpelige Nasenscheidewand verbogen. Dieser Fortsatz entwickelt sich nach Zuckerkandl aus den knorpeligen Residuen in der knöchernen Scheidewand und aus dieser selbst; nach Ziem stellt er aber nur eine Theilerscheinung der Verbiegung des Vomer in seiner Gesammtheit dar.

Was die Aetiologie angeht, so nimmt ein Theil der Autoren vorwiegend Entwickelungsfehler als Ursache der Verbiegung an und räumt den traumatischen Einflüssen nur eine beschränkte Anzahl von Fällen ein, während umgekehrt ein anderer Theil der Autoren die Traumen in den Vordergrund stellt. Roser[2]) ist der Ansicht, dass auch hochgradige Deformitäten ganz ohne Trauma zu Stande kommen, und erklärt diese Erscheinung durch zu starkes Wachsthum der Nasenscheidewand. „Denkt man sich, dass knorpeliges oder knöchernes Septum oder beide zu stark wachsen, während ihnen die übrige Nase nicht folgt, so wird sich die Wand nach einer oder der anderen Seite C-förmig, oder auch nach beiden Seiten S-förmig einbiegen". König[3]) ist derselben Ansicht wie Roser, giebt aber zu, dass „die Verkrümmung des Septum unzweifelhaft in einer Reihe von Fällen auch durch Trauma entstanden sein kann." Zuckerkandl[4]) nimmt mit Cloquet an, dass die Verbiegung abbienge „d'une loi primitive de l'organisation." Welcker[5]) glaubt nicht, „dass es ganz abzuweisen sei, dass asymmetrisch wirkende, vom Wachsthum des Skelets ausgehende Einflüsse bei der Entwickelung der Schiefnase des Menschen mit im Spiele seien, allein er hat doch keinen Zweifel, dass die Schiefnase, ähnlich den nicht synostotischen Schiefköpfen gewisser auf Schlafklötzen schlafender Völker, durch den Druck, welchen die Nase bei habituellem Schlafen auf einer bestimmten Körperseite erleidet, erworben werde."

Ziem[5]) hingegen ist der Ansicht, dass die Verkrümmungen fast nur auf traumatischem Wege zu Stande kommen. Wenn auch in vielen Fällen eine frühere Verletzung der Nasengegend durch Anamnese nicht zu eruiren sei, — was wohl hauptsächlich daher rührt, dass ein Trauma, das keine besondere Störungen hervorgerufen hat, nicht weiter berücksichtigt worden ist — so sei doch in einer erheblichen Anzahl von Fällen ein solches Trauma anamnestisch nachzuweisen.„ Wie oft fallen thatsächlich kleine Kinder bei ihren ersten Gehversuchen auf die Nase, und bei den Faustkämpfen des Kindes- und späteren Alters wird bekanntlich die Nase wegen ihrer exponirten Lage mit besonders handgreiflicher Vorliebe bedroht." Bresgen, der früher auch anderer Ansicht war, stimmt nach seinen neuen Untersuchungen der Ansicht Ziem's vollständig bei. Hierbei ist es gerade nicht nöthig, dass die Nasenbeine und die aufsteigenden Kieferfortsätze brechen, vielmehr kann sich die Wirkung eines Traumas, — wie es thatsächlich am häufigsten der Fall ist, — ganz gut auf das knorpelige Septum allein beschränken. Letzteres verbiegt sich oder luxirt aus seinem Falz heraus und heilt dann dislocirt. In Folge dessen kommt es zu difformem Wachsthum des Nasengerüstes. Der Nasenrücken ist oft an der entsprechenden Stelle ein wenig eingesunken und die Nase schief.

Die Diagnose des verbogenen Septum ist in der Regel ziemlich einfach, weil gewöhnlich die Inspection und eventuell die Untersuchung mit einer Sonde ausreicht, um die Verhältnisse richtig zu beurtheilen. Am leichtesten könnte die Verbiegung mit einem Neoplasma verwechselt werden, doch wird dieser Fehler vermieden, wenn man die andere Nasenhöhle inspicirt, in welcher bei einer Verkrümmung des Septum eine der Prominenz entsprechende Vertiefung sich findet. Dass diese diagnostischen Irrthümer vorgekommen sind und zu therapeutischen Missgriffen Veranlassung gegeben haben, bestätigen die Berichte verschiedener Autoren. So erzählt Boyer[6]), dass man eine solche Deviation für eine Neubildung gehalten und drei Jahre lang cauterisirt habe. Richerand[7]) (citirt bei Nélaton, tome III, pag. 745) erwähnt, dass ein Chirurg bei einer jungen Dame in einem ähnlichen Falle einen Theil zu viel der Membrana pituitaria narium zerrissen und den Knochen blosgelegt habe, indem er den falschen Polypen herausreissen wollte. Auch Bryant[7]), A. L. M. Velpeau[8]), C. A. Weinhold[8]) führen ähnliche diagnostische Lapsus an, und M. Tillaux[8]) erzählt, dass ihm häufig Kranke als an Nasenpolypen leidend zugesandt worden wären, die nur eine Deviation des Septum gehabt hätten. Auch heut zu Tage kommen noch leider derartige diagnostische Fehler nicht selten vor.

Ueber die Folgen einer hochgradigen Verkrümmung des Septum lässt sich Folgendes sagen. Ist das Septum so stark verbogen, dass es mit den Muscheln oder der äusseren Nasenwand in Berührung kommt, so können die beiderseitigen Schleimhäute an der Berührungsstelle atrophiren. Es können sich unter dem Einflusse einer Entzündung Excoriationen bilden, die sich bald mit Krusten bedecken. Da die Patienten, durch die unangenehmen Vorgänge in der Nasenhöhle veranlasst, häufig mit den Fingern an die Krusten fahren, so werden diese abgestossen und es treten Blutungen auf. Auch können durch den fortgesetzten mechanischen Reiz die Excoriationen immer grösser werden, so dass sie den Knorpel freilegen und unter Umständen auch diesen angreifen. Die Patienten können in Folge dessen die grössten Schmerzen beim Reinigen der Nase empfinden, selbst wenn sie nur den geringsten Druck anwenden. Bilden sich an den wunden Stellen Granulationen, so kann es sehr leicht zu Verwachsungen der Nasenscheidewand mit einer Muschel oder mit der äusseren Nasenwand kommen, wodurch natürlich die Höhle noch mehr verstopft wird. So berichtet C. Michel[9]), er habe dreimal zwischen dem Vorderende der unteren Muschel und Scheidewand derbe etwa ½ cm breite Stränge gesehen, desgleichen einmal zwischen Scheidewand und Muschel im hinteren Theile derselben. Auch die

2) cf. König, Lehrbuch der speciellen Chirurgie, 3. Aufl., Berlin 1881, Band I. pag. 237.

3) König, l. c.

4) Zuckerkandl, l. c.

5) cf. Bresgen, M. Berliner klin. Wochenschrift, 1884. Nr. 10.

6) Boyer V^e édition tom. V. pag. 62 citirt nach de Casabianca, des affections de la cloison de fosses nasales. Thèse, Paris 1876.

7) de Casabianca. l. c.

8) Zuckerkandl. l. c.

9) C. Michel, die Krankheiten der Nasenhöhle und des Nasenrachenraumes. Berlin 1876.

Choanen können eine nicht genügende Grösse erhalten. Ziem[10]) theilt einen solchen Fall aus Voltolini's Praxis mit. Der Patient litt an einer hochgradigen, traumatischen Verbiegung des Septum. Er konnte seit zwei Jahren durch die vollkommen unwegsam gewordene Nasenhälfte nicht mehr respiriren und musste oft eine ergänzende Mundathmung zu Hülfe nehmen. Die im Uebrigen normalen Choanen waren nur auf ein Drittel des dem Alter des Patienten zukommenden Maasses ausgebildet. Ziem[11]) hat sogar gefunden, dass durch eine frühzeitig erworbene hochgradige Septumverbiegung, welche eine Nasenhälfte vollständig oder nahezu unwegsam gemacht hat, eine vollständige Schädel-Asymmetrie zu Stande kommen kann, und hat dies auch durch Thierversuche bestätigt gefunden. „Die eine Wange ist flacher, die eine Orbita tritt etwas zurück, das Auge liegt tiefer, die Lidspalte ist enger als die andere, und zwar ist dies immer auf der der Obstruction entsprechenden Seite der Fall."

Allen hochgradigen Fällen von Verbiegung der Nasenscheidewand, mögen sie nun von fehlerhaftem Wachsthum, oder von einer Verletzung herrühren, kommen nicht unwesentliche Functionsstörungen zu. Die wichtigste und einflussreichste für den Gesammtorganismus ist die Behinderung der Athmung. Gewöhnlich ist das Einathmen mehr gestört als das Ausathmen, denn da bei der Einathmung die Luft in der Nasenhöhle verdünnt wird, durch die bestehende Stenose aber nicht schnell genug Luft nachströmen kann, so wird durch den äusseren Atmosphärendruck die Nasenseitenwand an die Prominenz herangedrängt, und so der ohnehin schon enge Weg noch mehr verengt. Die Ausathmung geht leichter von statten, da hier durch den ausgestossenen Luftstrom die Nasenseitenwand mehr oder weniger von der Prominenz entfernt wird. In Folge dessen sind die Patienten genöthigt, Tag und Nacht durch den Mund zu athmen, ein Zwang, der aus dem unbewussten und unwillkürlichen Vorgange der Respiration einen unbehaglichen macht und sicher auch die Zahl und Tiefe der Athemzüge beeinträchtigt. Stets schnarchen solche Patienten während des Schlafes sehr stark. Die Passage zwischen Zungenrücken und weichem Gaumen wird durch das Zurücksinken der Zunge sehr verengt; es kann die von den tieferen Inspirationen geforderte Luftmenge nicht rasch genug eindringen, in Folge dessen entsteht in Rachen und Kehle eine starke Verdünnung der Luft, und das Gaumensegel und der Kehldeckel werden beim Nachlassen der Muskelcontractionen von dem respiratorischen Luftstrom hin- und hergetrieben. Ferner muss die bei der Inspiration durch den Mund einströmende Luft die Schleimhaut des Gaumens und des Pharynx austrocknen, unangenehme Sensationen im Halse verursachen und dadurch den Schlaf stören. Ist aber Anlage zu nervösem Asthma vorhanden, so steigern sich die Beschwerden, indem die Patienten besonders bei Nacht wegen des nicht genügenden Gasaustausches und der unruhigen, mangehaften Athmung plötzlich Beklemmungssymptome und Krampfanfälle bekommen. Wichtiger ist noch der Einfluss, den die Störung der Respiration auf die Verdauung ausübt. Die Athemnoth verhindert das genügende Kauen der Speisen, und diese gelangen ungenügend vorbereitet in den Magen; kein Wunder, dass solche Individuen oft blass und mager aussehen. Bei stärkeren Anstrengungen schnappen sie förmlich nach Luft, und bestehen bei diesem Uebel noch Lungen- oder Herzkrankheiten, so erfahren die Athembeschwerden eine jedenfalls nicht unbedenkliche Steigerung. Dann leiden solche Patienten nicht selten an chronischem Nasenkatarrh. C. Michel[12]) erzählt, dass gar nicht selten Leute am Stockschnupfen leiden, bei deren Untersuchung man Deformitäten der Nasenscheidewand findet. Die Entzündung kann natürlich sich sehr leicht auf die Tuba Eustachii fortpflanzen und dadurch Schwerhörigkeit zur Folge haben. Diese kann sich aber auch, ohne dass ein Katarrh der Tuba Eustachii besteht, bei vollständiger oder nahezu vollständiger Stenose der Nase einstellen. Sobald nämlich solche Kranke eine Schlingbewegung bei geschlossenem Munde machen, setzen sie sich der vollen Einwirkung des Toynbee'schen Versuches aus, indem eine Aspiration der Luft aus der Paukenhöhle, und damit eine Anspannung des Trommelfells nach innen erfolgt. Hierdurch muss es zu einer dauernden abnormen Anspannung des Trommelfells kommen, die durch die „secundäre Retraction der Sehne des Tensor tympansi" nur noch stabiler wird und schliesslich zur Schwerhörigkeit führen muss. Auch klagen die Patienten über Ohrensausen, Schwindelanfälle, ja selbst über Ohnmachten, die beim jedesmaligen Versuche, die Nase zu reinigen, eintreten, so dass sie selbst an Gehirnkrankheiten zu leiden glauben. Dies erklärt sich daher, dass sich die Kranken beim Ausschnauben der ganzen Gewalt des Valsalva'schen Versuches aussetzen. Toynbee hat schon darauf aufmerksam gemacht, dass ausser dem Gefühle von Druck im Ohre, den subjectiven Gehörempfindungen, sowie der Schwerhörigkeit auch ernstere Gehirnsymptome hervorgerufen werden können. Setzt man nämlich den Druck andauernd fort, so fühlt man eine leichte Eingenommenheit des Kopfes und ein Gefühl von Schwindel, welche Erscheinungen bei Nachlass des Druckes aufhören[13]). Da die Kranken genöthigt sind, stets durch den Mund zu athmen, so wird die zum Athmen zu verwendende Luft weder vorher erwärmt, noch mit Feuchtigkeit gesättigt, noch von staubförmigen Beimengungen befreit; die Schleimhäute befinden sich ohnedies schon im Zustande der Ueberreizung, — kein Wunder also, dass die Patienten leicht an Rachen-, Kehlkopf-, Bronchial- und Lungenkatarrhen erkranken, und dass diese Krankheiten gerade bei ihnen sehr hartnäckig werden.

Auch das äussere Aussehen der Kranken nimmt einen eigenthümlichen Charakter an: der Unterkiefer hängt herab, die Lippen werden offen gehalten, wodurch die Physiognomie etwas Stupides erhält. Eine etwa bestehende Schwerhörigkeit wird natürlich dieser Physiognomie keineswegs einen besseren Ausdruck verleihen. Hiezu kommt noch, dass auch die Sprache eigenthümlich verändert ist, sie erhält einen nasalen Beiklang. Man hört, dass die Stimme verhindert ist, aus der Nase herauszutreten, dass sie sich, wie Michel treffend sagt, in einer Sackgasse befindet. Der Ton wird dumpf und kurz und durch abnorm starke Erschütterung der Nasenknochen brummend.

Auch das Geruchsvermögen kann bei der Nasenstenose beeinträchtigt oder gänzlich aufgehoben sein, nicht allein durch Degeneration der chronisch entzündeten Schleimhaut, sondern vor allem dadurch, dass der inspiratorische Luftstrom die Riechstoffe entweder in verminderter Stärke oder gar nicht in die oberen Theile der Nasenhöhle, wo der Nervus olfactorius seine Fasern ausstreckt, hinaufzubringen vermag[14]).

Ferner klagen die Kranken sehr häufig über Druck in der Stirn, verbunden mit mehr oder weniger grossen Schmerzen an den Schläfen. Die Schmerzen können sich bis in den Hinterkopf erstrecken. Der Druck in der Stirn wird durch Verstopfung der Ausführungsgänge der Stirnbeinhöhlen und einen sich in denselben localisirenden Katarrh erzeugt. Durch zeitweiliges Anschwellen der Nasenschleimhaut und dadurch erfolgten Verschluss des Thränennasencanals, tritt auch nicht selten auf der kranken Seite Thränenträufeln auf. Auch kann unter Umständen durch Verschluss des Ausführungscanals der Highmor's-Höhle ein Hydrops antri Highmori entstehen.

Unter diesen Umständen ist es nicht wunderbar, dass das Allgemeinbefinden der Patienten in besonderem Maasse leidet, und dass die Gemüthsstimmung oft ganz deprimirt ist.

(Fortsetzung folgt.)

10) Ziem, Monatsschrift für Ohrenheilkunde, sowie für Kehlkopf-, Nasen- und Rachen-Krankheiten. Berlin 1879. No. 4. pag. 58.

11) Ziem, dieselbe Zeitschrift. Berlin 1883. No. 2. pag. 21 ff.

12) C. Michel, l. c.

13) Lucae, Archiv für Ohrenheilkunde. 4. Bd., Würzburg 1869.

14) Eulenburg, A., Real-Encyklopädie der gesammten Heilkunde. Wien 1882, Band IX. pag. 439.

Ueber Cerebrale Kinderlähmung, Hemiplegia cerebralis spastica (Heine), Poliencephalitis acuta (Strümpell).

Von Prof. Dr. *H. Ranke.*

(Vortrag gehalten im ärztlichen Verein zu München am 24. Febr. 1886.)

(Schluss.)

Gestatten Sie mir nun, meine Herren, dass ich Ihnen Einiges aus meiner eigenen Beobachtung mittheile.

Innerhalb der letzten 10 Monate kamen in meiner Poliklinik 12 Fälle von spinaler Kinderlähmung zur Vorstellung neben 11 Fällen von cerebraler Kinderlähmung, welche letztere dem von Heine und Strümpell aufgestellten Symptomencomplexe in allen wesentlichen Punkten entsprachen.

Es hat demnach den Anschein als ob die cerebrale Kinderlähmung hier in Oberbayern etwa ebenso häufig sei als die spinale und wohl ebenso häufig als Strümpell sie in Sachsen gefunden hat.

Unter den 11 Patienten waren 7 Mädchen und 4 Knaben.

8 meiner Fälle zeigten die hemiplegische, 3 die monoplegische Form, (einmal die brachiale, zweimal die curale.)

Bei allen Patienten datirte die Krankheit aus früher Kindheit, vor Vollendung des vierten Lebensjahres. Bei 3 Fällen waren die Eltern der Meinung, das Leiden sei angeboren.

Das Initialstadium scheint meist wenig markirt gewesen zu sein, wenigstens konnte ich in der Regel keine genauen Angaben darüber erhalten; zuweilen scheint es ganz gefehlt zu haben. Insbesondere konnte ich über das mit dem Initialstadium verbundene Fieber in keinem Fall genauere Angaben erhalten, während in einigen Fällen die Mütter positiv behaupteten, es sei überhaupt kein Fieber dabei vorhanden gewesen.

In dieser Beziehung stehe ich übrigens den Angaben der meist dem Arbeiterstande angehörigen Mütter unserer poliklinischen Patienten etwas skeptisch gegenüber und verweise im Gegensatz dazu auf die tabellarische Zusammenstellung von 10 den besseren Ständen angehörigen Fällen bei Heine (S. 170 u. f.), unter welchen nur bei zwei des Symptoms „Hitze“ bei Eintritt der Erkrankung nicht ausdrücklich Erwähnung geschieht.

Bei der hemiplegischen Form war immer der Arm der stärkstafficirte Theil. In 7 von den 8 hemiplegischen Fällen, ebenso bei dem Fall von brachialer Monoplegie liess sich eine beträchtliche Wachsthumshemmung des Arms nachweisen. Dieselbe betrug bei einem 1 $^{3}/_{4}$ jährigen Kinde 0,5 cm, bei älteren Kindern bis zu 4, bei einem 7 jährigen Mädchen mit brachialer Monoplegie beinahe 5 cm (48 mm).

In allen Fällen bezog sich die Ernährungsstörung vorwiegend auf die Muskeln und Knochen, während das Fett im Unterhautbindegewebe wenig oder nicht davon betroffen war.

Bei sieben hemiplegischen Fällen bestanden athetotische Bewegungen, die sich in Einem Fall auf die gesammte Musculatur der einen oberen und unteren Extremität erstreckten, während sie bei den übrigen nur an den Fingern und dem Handgelenk der befallenen Seite bestanden. Bei einigen waren diese Bewegungen sehr ausgeprägt, bei anderen traten sie nur andeutungsweise auf.

Bei vier der hemiplegischen Fälle waren auch athetotische Bewegungen an den Zehen bemerkbar, die sich hauptsächlich als unwillkürliche Streckung der Zehen beim Gehen äusserten.

Bei einem hemiplegischen Fall und bei dem einen Fall von brachialer Monoplegie fehlte jede Andeutung von Athetose.

Störungen der Intelligenz wurden bei drei der hemiplegischen Fälle beobachtet.

Ein Knabe, bei welchem die Lähmung schon unmittelbar nach der Geburt bestanden haben soll, wurde im 4. Lebensjahre epileptisch und beginnen in diesem Falle die epileptischen Krämpfe stets auf der gelähmten Seite.

In allen Fällen war die Lähmung nicht eine schlaffe wie bei Poliomyelitis, sondern es bestanden stets Muskelspannungen, die jedoch nur in Einem Fall von Hemiplegie zu erheblichen Contractionen geführt hatten. Der spastische Charakter der Lähmung war also in allen Fällen deutlich ausgeprägt.

Die Sehnenreflexe, welche bei Poliomyelitis vollständig fehlen, waren bei allen 11 Patienten an den befallenen Gliedmassen vorhanden, doch konnte ich nicht wie Strümpell stets eine Steigerung derselben nachweisen. Bei einigen trat übrigens eine Steigerung vollkommen deutlich hervor. Bei dem einen Fall, bei welchem sich die Athetose auf die Gesammtmusculatur von Arm und Bein der afficirten Seite erstreckte, konnten die Reflexe nur in der Chloroformnarkose nachgewiesen werden.

Bezüglich der Sensibilität der gelähmten Glieder konnte ich keine wesentliche Abweichung von der Norm erkennen, ebensowenig eine Veränderung des Muskelsinnes.

Besondere Aufmerksamkeit verwandte ich auf die Beobachtung des elektrischen Verhaltens der gelähmten Glieder.

Die elektrische Untersuchung wurde mit den vortrefflichen Apparaten des hiesigen klinischen Institutes vorgenommen, wobei mir Herr College Dr. Stintzing in freundlichster Weise behilflich war, wofür ich ihm bestens danke. Die angewandte Stromstärke wurde am Edelmann'schen Einheitsgalvanometer direct in Milliampères abgelesen, die faradische Erregbarkeit in gewohnter Weise nach dem Abstand der über die primäre Rolle eines Dubois'schen Inductionsapparates geschobenen secundären Rolle in Millimetern gemessen.

Wegen der genauen Zahlenergebnisse, deren Mittheilung hier zu weit führen würde, verweise ich auf meinen Vortrag: „Ueber cerebrale Kinderlähmung“, den ich im vergangenen Herbst in der pädiatrischen Section der Naturforscherversammlung zu Strassburg gehalten habe. (Jahrbuch für Kinderheilkunde Bd. XXIII.)

Hier genügt es anzugeben, dass in allen Fällen die Erregbarkeit von Nerv und Muskel gegen beide Stromesarten sich auf der gelähmten Seite ungefähr ebenso verhielt wie auf der gesunden und dass niemals Entartungsreaction beobachtet wurde.

Meine Fälle entsprechen also in allen wesentlichen Punkten dem typischen Bilde der cerebralen Kinderlähmung, wie es Heine und noch ausführlicher Strümpell gezeichnet haben.

Leider vermag ich vom pathologisch-anatomischen Standpunkte nichts Neues beizufügen, da keiner meiner Fälle zur Section kam. Die cerebrale Kinderlähmung gefährdet eben gerade so wenig als die spinale das Leben der Patienten unmittelbar. Die Kinder erholen sich gewöhnlich rasch nach der die Lähmung setzenden Attacke und können dann irgend welche Altersgrenze erreichen, wenn sie nicht einer zufällig dazutretenden anderweitigen Erkrankung erliegen.

Hier erlaube ich mir an meine Herren Collegen, in deren Praxis etwa ein derartiger Fall zur Section kommen sollte, die dringende Bitte zu richten, mich durch Mittheilung des ge-

nauen Sectionsresultates oder noch besser durch Einsendung des in Spiritus gesetzten unverletzten Gehirns und Rückenmarks freundlich unterstützen zu wollen. Ich wäre für solche gütige Unterstützung herzlichst dankbar und selbstverständlich zum Ersatz aller Auslagen bereit.

Aus der Literatur weiss ich einstweilen nur auf ganz vereinzelte unsere Krankheit betreffende Sectionsergebnisse hinzuweisen. Die Angabe Strümpell's habe ich bereits erwähnt. Dieselbe lautet wörtlich: „Man findet in allen hiehergehörigen alten Fällen von cerebraler Kinderlähmung porencephalische Defecte im motorischen Gebiete der Rinde, also vorzugsweise im Gebiete der Centralwindungen und zwar nicht congenitale Porencephalien, welche auf Bildungshemmungen beruhen, sondern solche, welche noch deutlich die Spuren eines entzündlichen Ursprungs zeigen. Es sind das vollständig ebensolche Narben, wie die Schrumpfungen des einen Vorderhorns bei einer abgelaufenen Poliomyelitis. Das acute Stadium der Entzündung ist bisher noch ebensowenig anatomisch beobachtet worden, wie das acute Initialstadium der Poliomyelitis".

In der Sitzung der Berliner medicinischen Gesellschaft vom 17. December 1862 (Deutsche Klinik 1863 S. 51) erwähnte Geheimrath v. Langenbeck zweier offenbar hierher gehörigen Fälle:

„Der erste Fall betraf ein schwachsinniges Individuum mit vollständiger Lähmung der linken oberen und unvollständiger Lähmung der unteren Extremität. Der Tod erfolgte im 45. Jahre durch recidivirendes Carcinom. Bei der Section fand sich ein alter encephalomalacischer Herd in der rechten Hemisphäre. — Der zweite Fall war der eines Mädchens von 23 Jahren, welches als Kind eine Lähmung im Bereich des linken Nerv. radialis erlitt. Es war ihr nicht möglich die Finger der linken Hand zu strecken; nur beim festen Schliessen der anderen Hand streckten sie sich von selbst*). Bei der Section fand sich ebenfalls ein grosser alter encephalomalacischer Herd in der rechten Hemisphäre."

Eine Mittheilung von Dr. Wilhelm Sander, welche derselbe unter dem Titel: „Ueber Rückwirkung der spinalen Kinderlähmung auf die motorischen Gebiete der Gehirnrinde" im Centralblatt für die medicinischen Wissenschaften 1875 Nr. 15 macht, dürfte gleichfalls sich auf einen Fall von primärer cerebraler Kinderlähmung beziehen, den Sander nur nicht richtig zu deuten wusste. Er sagt: „Als Idioten mit Lähmungen und Contracturen der Extremitäten werden, wenn auch nicht gerade häufig, den Pflegeanstalten Individuen zugeführt, deren ganzer Zustand im Wesentlichen nur als die Folge einer spinalen Kinderlähmung angesehen werden kann" und theilt dann mit, dass er bei einem im 15. Lebensjahre verstorbenen idiotischen Knaben, der im 3. Lebensjahre von spinaler (?) Kinderlähmung befallen und hauptsächlich eine rechtseitige Paralyse gezeigt hatte, neben den Veränderungen im Rückenmark „eine mangelhafte Ausbildung der Centralwindungen und des Lobulus paracentralis" gefunden habe.

Unter den von Professor Dr. Kundrat in seiner Monographie: Die Porencephalie, Graz 1884, zusammengestellten 41 Fällen, finden sich gleichfalls eine Anzahl von Beispielen von erworbener (nicht angeborener) cerebraler Kinderlähmung mit Sectionsangabe. Theilweise waren hier die Gehirndefecte sehr bedeutende und erstreckten sich ausser auf die Rinde auch auf ausgebreitete tiefer gelegene Partieen.

*) Offenbar eine Andeutung von Athetose.

Wenn diese Sectionsresultate einstweilen auch noch keineswegs ein genaues Bild der der cerebralen Kinderlähmung zugehörigen pathologisch-anatomischen Veränderung erkennen lassen, so scheint mir doch in der That das klinische Bild der Erkrankung mit grosser Wahrscheinlichkeit auf eine Betheiligung der motorischen Rindenbezirke hinzuweisen. Ich nehme daher keinen Anstand den von Strümpell vorgeschlagenen Namen Poliencephalitis als anscheinend vollkommen passend zu acceptiren und der Bezeichnung cerebrale Kinderlähmung, oder nach Heine Hemiplegia cerebralis spastica (infantum) an die Seite zu stellen.

Sollte die Zukunft neben der Betheiligung der motorischen Bezirke der Gehirnrinde in solchen Fällen auch anderweitige tiefergreifende Veränderungen als regelmässig vorkommend aufdecken, so wird der Name Poliencephalitis jedenfalls durch die Anregung zu genauerer Untersuchung, welche er ohne Zweifel zur Folge haben wird, wesentlich mit zur Klärung beigetragen haben.

Strümpell wollte mit dem Namen Poliencephalitis zugleich auch die nahe Verwandtschaft der Affection zur Poliomyelitis andeuten, und nach Allem, was ich davon gesehen habe, besteht offenbar diese Verwandtschaft in ausgesprochener Weise in Beziehung auf die klinischen Erscheinungen und den Verlauf.

Ob auch in Beziehung auf die veranlassenden Ursachen die Verwandtschaft eine so ausgesprochene ist, werden erst spätere Beobachtungen noch feststellen müssen. Auffallend ist mir bei der Mehrzahl meiner Fälle das wenig markirte Initialstadium und bei 3 Fällen die bestimmte Angabe der Eltern, dass das Leiden angeboren sei. In allen diesen drei Fällen war die Geburt eine schwere gewesen, zweimal lag Steisslage vor, im dritten Falle hatten, bei normaler Geburtslage, die Wehen angeblich wegen relativer Beckenenge, volle 36 Stunden gedauert. In allen drei Fällen waren die Kinder asphyktisch zur Welt gekommen. Wahrscheinlich spielt demnach, wenn nicht etwa die Affection auch schon während des früheren Fötallebens zur Entwickelung kommen kann, die Asphyxia nascentium in der Aetiologie der Poliencephalitis keine ganz unwichtige Rolle.

Es führt mich das noch auf die von Strümpell und Andern gehegte Vermuthung, dass es sich bei Poliomyelitis und nun auch bei der Poliencephalitis um ein infectiöses Agens als das verursachende Moment handeln möge.

Ich gestehe, dass ich zu dieser Annahme einstweilen noch keinen genügenden Grund zu erkennen vermag.

Ich habe gegenwärtig einen Fall der paraplegischen Form von Poliomyelitis in meiner Behandlung, bei welchem das veranlassende Moment der Erkrankung offenbar in einer plötzlichen heftigen Abkühlung des durch active Bewegung erhitzten Körpers gelegen war.

Demnach müsste Erkältung, wenn auch vielleicht als eine seltene, doch immerhin eine der möglichen Ursachen der Poliomyelitis in Geltung bleiben, während mir, wie gesagt, für einen Bruchtheil der Fälle von Poliencephalitis die Asphyxia nascentium von ätiologischer Bedeutung zu sein scheint.

Sehr wahrscheinlich giebt es eben verschiedene Ursachen, welche die Localerkrankung der grauen Substanz, sei es in den Vorderhörnern des Rückenmarks, sei es in der Gehirnrinde, veranlassen können, und das einheitliche Moment ist wahrscheinlich nur der Sitz der Erkrankung.

Der Vortragende demonstrirte nun eine Anzahl von Fällen, welche das charakteristische Bild der cerebralen Kinderlähmung einschliesslich der Athetose deutlich zur Schau trugen, wie dies die nachstehenden nach photographischen Momentaufnahmen hergestellten beiden Abbildungen veranschaulichen.





Zum Schluss stellte er noch folgendes Schema zur Differential-Diagnose auf:

Spinale Kinderlähmung.	Cerebrale Kinderlähmung.
1) Initialstadium.	
Hitze, Convulsionen, hie und da auch Bewusstlosigkeit, doch kann jedes dieser Symptome zuweilen fehlen, und überhaupt das ganze Stadium kaum ausgeprägt erscheinen.	Dieselben Symptome, doch scheint ein deutliches Initialstadium hier häufiger zu fehlen.
2) Lebensalter.	
Beginn der Lähmung vorwiegend vom 1.—4. Lebensalter, seltener etwas später.	Wie bei der spinalen Lähmung, doch kommen auch Fälle vor, bei welchen die Lähmung schon unmittelbar nach der Geburt beobachtet wird.
3) Lähmungsform.	
Monoplegie weit überwiegend, dann Paraplegie; Hemiplegie äusserst selten.	Hemiplegie weit überwiegend; dann Monoplegie; Paraplegie äusserst selten.
4) Art der Lähmung.	
Schlaff; Contracturen bilden sich erst nach längerem Bestehen der Lähmung.	Spastisch; leichte Contracturen und Muskelspannungen sofort nach Eintritt der Lähmung vorhanden.
5) Elektrisches Verhalten der gelähmten Muskeln und Nerven.	
Faradische Erregbarkeit stark herabgesetzt, elektrische Entartungsreaction.	Faradische Erregbarkeit wohl erhalten, keine Spur von elektrischer Entartungsreaction.
6) Sensibilität.	
Nicht verändert.	Kaum verändert.
7) Sehnenreflexe an den gelähmten Gliedern.	
Fehlend.	Vorhanden, häufig gesteigert.
8) Eigenwärme der gelähmten Glieder.	
Wesentlich vermindert.	Höchstens in geringem Grade vermindert.

Spinale Kinderlähmung.	Cerebrale Kinderlähmung.
9) Farbe der gelähmten Glieder.	
Mehr oder weniger livid.	Meist nicht verändert.
10) Wachsthumshemmung.	
Stark ausgeprägt.	Meist stark ausgeprägt und dann gewöhnlich an der oberen Extremität am stärksten.
11) Motorische Reizerscheinungen an den gelähmten Gliedern.	
Fehlend.	Athetose der Finger häufig, hie und da Epilepsie mit Beginn der Krämpfe auf der kranken Seite.
12) Störungen der Intelligenz.	
Nicht vorhanden.	Ziemlich häufig.
13) Blasen- und Mastdarmfunction.	
Nie gestört.	Hie und da mehr weniger gestört.
14) Paralytische Contracturen als Folgezustände der Lähmung.	
Pes varus, „ valgus, „ calcaneus, „ equinus und Combinationen derselben, häufig auch paralytische Rückgratsverkrümmungen.	Keine andere Deformität als pes equinus spasticus und Contractur im Knie, zuweilen noch Adductionen der Oberschenkel. Nach Heine stetes Fehlen von Rückgratsverkrümmungen.

Die Gelenkresectionen, speciell bei tuberculösen Erkrankungen.

Von *Dr. A. Schreiber*, Oberarzt der chir. Abth. am städtischen Krankenhaus in Augsburg.

(Vortrag gehalten im ärztlichen Verein zu München am 10. Febr. 1886.)

(Fortsetzung.)

Wenn man nun auch für die leichteren fungösen Erkrankungen die conservative Behandlung mit Recht oben an stellt, so ist für die schweren mit Eiterung verlaufenden Fälle doch auch der operativen Behandlung eine Stelle einzuräumen, ich möchte Ihnen z. B. nur die Worte Leisrink's anführen, mit denen derselbe seinen Standpunkt kennzeichnet. (Leisrink l. c. p. 198): „Ich bin ein enthusiastischer Anhänger des Gypsverbandes bei Coxitis, ebenso wie ich von der Eisbehandlung und Extension die schönsten Erfolge gesehen habe, aber alles zu seiner Zeit. Es giebt einen Zeitpunkt in dem Verlauf der Coxitis, bei dem die Gypshose und alle andere Mittel ihre Hülfe versagen, bei dem das Uebel einfach und unaufhaltsam fortschreitet. Gottlob sind das in dem ganzen Gros der Entzündungen nur wenige, aber bei diesen hilft dann eben auch nur die Operation und eine frühe Operation. Wenn man diese mehr und mehr übte, dann würde man es hoffentlich nicht mehr so viel erleben, in den Hospitälern die Kranken an Stöcken durch die Säle schleichen zu sehen, der amyloiden Degeneration zum Opfer gefallen. Dann wird man diese elenden Menschen nicht mehr Jahre lang im Bette liegen sehen, mit ihrer grüngelben oder wachsigen Farbe mit ihren Durchfällen, Blutungen etc., bei denen man dann nur froh ist, wenn der Tod diesem Leben voll Elend ein Ende macht.“

Die Frage hat sich nun hier durch die Antiseptik wesentlich verschoben und es ist vielleicht richtig, dass nachdem die Operation an sich keine wesentlichen Gefahren mehr bietet, man sich wohl oft zu rasch zur Resection entschloss. Um Ihnen diese Erweiterung des operativen Gebietes mit den Worten des Hauptpioniers hierin R. Volkmann zu zeigen, so sagt derselbe in einem Vortrag[28]) 1873 betreffs der Caries coxae „ich resecire nur, wenn ich Grund habe, anzunehmen, dass der Fall

28) Nr. 51 d. klin. Vortr. p. 292.

ohne diesen operativen Eingriff tödtlich ablaufen wird. Indessen stelle ich die Prognose der vereiterten Coxitis doch bei weitem nicht so schlecht, als es neuerdings vielfach zu geschehen pflegt. Ich habe mit der Zeit doch eine sehr beträchliche Anzahl solcher Fälle ohne Resection zur Heilung kommen sehen. Trotz aller entgegenstehenden Behauptungen halte ich auch nach erfolgtem Aufbruch bei den chronischen Hüftgelenkseiterungen der Kinder den Ausgang in Genesung für den unendlich häufigeren". Es ist mir daher völlig unverständlich, wie man bei Kindern in der Resection des Hüftgelenks mehr als einen äussersten Nothbehelf erblicken und dieselbe, wie dies vielfach geschehen ist, principiell für jeden Fall, wo Abscesse sich bilden und Fieber eintritt, empfehlen kann".

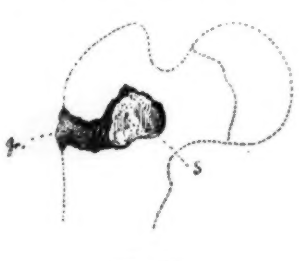
In der neueren Zeit (bei antiseptischer Wundbehandlung) giebt V. der Resection bei Hüfttuberculose allerdings grössere Ausdehnung und sagt u. a. „die Art, wie wir jetzt Chirurgie treiben, gestattet uns, Autopsieen in vivo zu machen, an die man vor nur 10 Jahren nicht im entferntesten gedacht hat. Die antiseptische Methode erlaubt uns auch, die grossen Körpergelenke aufzuschneiden und zu besichtigen, ohne jedesmal auf diese Eingriffe die Resection oder gar die Amputation folgen lassen zu müssen".

Darüber scheint im Allgemeinen kein Zweifel zu bestehen, dass je früher die Resection ausgeführt, je weniger ausgedehnt, desto besser und rascher die Heilung erfolgt.

Erst die genaueren anatomisch-pathologischen Studien, die charakteristischen Befunde bei Resectionen etc., die allmählich allgemein zur Geltung kommende Ansicht, dass auch der Coxitis in der Mehrzahl der Fälle ostale Herde zu Grunde liegen, lassen solche Herdoperationen besonders bei jugendlichen Individuen indicirt erscheinen, so erwähnt z. B. Volkmann[29]) zweier Fälle, wo er durch Aufmeisselung und Aushöhlung des Schenkelhalses vom Trochanter her ohne Eröffnung des Hüftgelenkes Sequester mitten aus dem Gelenkkörper herausgezogen, die käsigen Massen ausgelöffelt und Heilung ohne jedwede Störung der Gelenkfunction sich vollziehen sah und wenn auch extraarticuläre Durchbrüche von solchen Herden aus selten sind, so liegen doch schon eine Reihe ähnlicher Beobachtungen vor.

Ich theile Ihnen kurz die Krankengeschichte eines Arbeiters mit, den ich durch Entfernung eines tuberculösen Sequesters aus dem Trochanter, Ausräumung zahlreicher fungöser Fistelgänge von langwieriger Eiterung befreite.

Franz H., 38jähriger Taglöhner, hat früher an Brustfellentzündung, Typhus und seitdem an Schmerzen im rechten Oberschenkel gelitten, seit 1884 ist er wegen Abscedirungen, Fisteln, die stark eiterten und der Reihe nach besonders in der Gegend der Hüfte durchbrachen, in Behandlung. Das Hüftgelenk liess sich nicht ganz strecken, ist aber nicht wesentlich schmerzhaft, allmählich ist Patient ziemlich abgemagert; Mai 1885 wurden die Gänge gespalten, die tuberculösen Granulationen ausgeräumt und unter Jodoform erfolgte rasche Heilung bis auf einen fistulösen Gang, von diesem aus begann wieder die Wucherung von Granulationsgängen und bei Spaltung und Auskratzung liess sich durch eine Oeffnung in der Knochenoberfläche am Trochanter maj. die Sonde auf rauhen Knochen führen. Nach Spaltung und Ausmeisseln der Rindenschicht wurde (Fig. 7) ein in tuberculösen Granulationen (gr) eingebetteter, weicher Sequester (s) entfernt, die Knochenhöhle gereinigt mit Jodoformgaze ausgefüllt, es erfolgte rasche Heilung und Patient geht gegenwärtig ohne jede Beschwerde.



(Fig. 7).

Solche Herdprocesse im Schenkelhals bieten somit oft eine dankbare Aufgabe für Ausräumung des tuberculösen Gangs, Entfernung des Sequesters etc. Zuweilen gelingt es auch tuberculöse Herde von der Pfanne zu entfernen, indem auch hier durch breiten Schnitt eröffnet und der Knochenherd ausgeräumt wird.

Die Mehrzahl dieser Herde sitzt jedoch so (im Schenkelkopf, an der Pfanne) dass ihre Entfernung nur durch die Resection möglich und in der That kommt ein verhältnissmässig grosser Procentsatz der chronischen Hüftleiden zur Resection (nach König z. B. 50 Proc.)

Die Operation hatte nun allerdings eine ziemlich hohe Mortalität. Leisrink fand 63,6 Proc. Mortalität, Caumont 65,6 Proc., somit eine höhere als Heyfelder, der 47,6 Proc., le Fort der 41 Proc., Sayre der 36 Proc. berechnet und nur für die mehr frühzeitigen Resectionen liess sich eine Mortalität von 56,3 Proc. aufstellen.

In der That müssen Zusammenstellungen der vorantiseptischen Zeit die Hüftresection wegen Caries im zweifelhaftem Lichte erscheinen lassen und Albrecht z. B. kommt nach seinen Untersuchungen über 102 Fälle von Rose (53 ohne Operation, 49 resecirte) zu der Ansicht, dass die Prognose der fungös-eitrigen Coxitis eine äusserst schlechte und dass die Resection daran nichts ändert und es scheint ihm ein wenn auch anchylotisch ausgeheiltes Gelenk immer noch besser, als ein resecirtes bewegliches.

Doch liegen auch günstigere Berichte vor, so berichtet Caumont[30]) über 85 nicht resecirte und 44 Fälle von Resection, von welch letzteren 23 (52,2 Proc.) während der Hospitalbehandlung und zwar 11 Proc. an den unmittelbaren Folgen des Eingriffes starben, 17 geheilt wurden und C. will danach die Conservativbehandlung bei allen nicht eitrigen Formen eingeleitet wissen, sieht bei eiternder Coxitis aber die Aufforderung zur Resection, welcher er ihren Platz als lebensrettende Operation wahrt und mit deren Resultaten er im wesentlichen zufrieden ist, indem er Gehfähigkeit und Schluss der Fisteln in 84,6 Proc. der Fälle erreichte.

Culbertson findet bei 470 Fällen 234 Heilungen, 45,1 Proc. Mortalität.

Grosch[31]) bei antiseptischer Behandlung nur 36,7 Proc. Mortalität, Sayre[32]) unter 72 Fällen 63 Heilungen, 9 Todesfälle, Boekel, der auf dem letzten französischen Chirurgencongress „sur la résection dans la coxalgie, ses indications et ses résultats ulterieurs" vortrug, erwähnte 32 von ihm ausgeführte Resectionen mit 8 Todesfällen, von denen aber keiner der Operation zur Last gelegt werden konnte. Ashurst hatte unter 21 Hüftresectionen 13 Heilungen, 6 Todesfälle, von denen aber blos einer durch die Operation beschleunigt erschien. Eine wesentliche Wachsthumbeschränkung tritt nun nach der Hüftresection nicht ein, da der Femur an der unteren Epiphyse das intensivere Wachsthum zeigt und König hat schon bei $1^1/_2$—2jährigen Kindern das Hüftgelenk erfolgreich resecirt und in der Regel wird nach Resectionen eine bessere Beweglichkeit erzielt, als bei Conservativbehandlung, weiterhin darf nicht übersehen werden, dass Verkürzungen und beträchtliche trophische Störungen auch nach Conservativbehandlung bei längerer Dauer nicht ausbleiben, und ich möchte Ihnen hier als Beispiel nur einen Knaben vorführen, der längere Jahre hindurch an Coxitis gelitten und bei dem Sie die hochgradige Inactivitätsatrophie des Gliedes, eine Verkürzung beobachten, wie sie wohl bei Resection auch nicht grösser geworden wäre und der überdies bei allen längeren Gängen noch ziemliche Schmerzen und bedeutend eingeschränkte Excursion des Hüftgelenkes darbietet, wenn auch floride Entzündungserscheinungen z. Z. nicht vorhanden sind.

Was nun die Indicationen zur Hüftresection betrifft, so stellte das erwähnte Londoner Comité auf:

1) Necrose des Femurkopfes und seine Verwandlung in einen losen Sequester,

2) feste Sequester im Kopfe oder Halse des Femur oder im Acetabulum,

29) Sammlung klin. Vortr. No. 168—169. p. 1411.

30) Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. XX. p. 137.

31) Inaug.-Diss. Dorpat 1882.

32) Dumont, Sayre Vorles. über orthop. Chirurgie. p. 217.

3) ausgedehnte Caries des Femur und Beckens mit grossen Fisteln,

4) Beckenabscess nach Erkrankung des Acetabulum,

5) alle chronischen Synovialeiterungen mit Fisteln,

6) amyloide Degeneration [33]) der grossen Drüsen, grossen Eiterverlust und Kräfteverfall.

König hält bei wirklich schweren Ostalprocessen besonders bei wirklichen Spontanluxationen, die er scharf von den Destructionscontracturen (der früheren sogenannten Pfannenwanderung) trennt, die Resection für indicirt, zumal da die Spontanluxationen mit Wahrscheinlichkeit auf Pfannenerkrankung zu beziehen sind. Indem ich hierbei betreffs des Näheren auf die Ausführungen König's verweise, möchte ich Ihnen nur das Präparat eines Falles von Hüftresection zeigen, bei welchem ich eine Spontanluxation (ohne jedes nachweisbare Trauma) vorfand und bei der vollkommenen Durchwucherung des Lig. teres von fungösen Granulationen und Ausfüllung der ganzen Pfanne mit solchen Granulationsmassen (abgesehen von einem grossen Pfannensequester) die Luxation auf ein wirkliches Herausdrängen des Femurkopfes durch die Granulationsmassen beziehen musste.

Erleichtert wird der Entschluss zur Resection noch, wenn eine total unbrauchbare (stark flectirte) Stellung des Gelenkes besteht, wie man es leider nicht selten in solchen Fällen trifft.

Ein zweifellos coxitischer Beckenabscess [34]) soll weiterhin nach K. nur durch die Resection eröffnet werden, muss aber ausserdem noch durch eine Incision vorne zugänglich gemacht werden. Erst in neuerer Zeit wird wiederholt auf die Bedeutung der Untersuchung per rectum zur Diagnose von primären Pfannenerkrankungen aufmerksam gemacht, [35]) welch letztere frühzeitig die Resection indiciren.

Eine wesentliche Verbesserung hat nun die Technik der Hüftresection durch die König'schen Modificationen erfahren.

War im Allgemeinen der Langenbeck'sche Längsschnitt das beste Verfahren und nur für manche Fälle der Schede'sche vordere Schnitt vorzuziehen, war es eine lange und eigentlich nie endgültig entschiedene Frage, ob der Trochanter in allen Fällen mit zu entfernen sei, oder nicht, so ist bei den jetzigen Resectionsverhältnissen meiner Ansicht nach das Richtige, soviel als möglich gesunden Knochen zu schonen und desshalb den Trochanter nicht principiell mit zu entfernen; es wird von König vorgeschlagen, am besten mit breitem Meissel ein vorderes und ein hinteres Stück abzuschlagen, sodass es noch mit dem Schaft in Verbindung bleibt und die Muskelinsertionen daran hängen bleiben. Die stehenbleibende schmale mittlere Zone des Trochanter wird dann schief nach dem Schenkelhals hin abgetragen, wodurch der Schenkelhals und das Gelenk viel zugänglicher wird, der Hals mit dem Elevator freigemacht und mit der Stichsäge oder dem Meissel vorsichtig durchtrennt werden kann, wonach der Kopf mit einem hebelartigen Instrument (wie solche von Willemer, Löbker angegeben) leicht herausbefördert werden kann und somit das etwas rohe Herausluxiren des Kopfes vermieden wird. In der Regel meisselt König ein Stück vom hintern Pfannenrand ab, legt bei perforirender Erkrankung und Iliacalabscess auch vorn eine Oeffnung an, es wird sonach die kranke Synovialis sorgfältig abpräparirt, die Wundhöhle mit Jodoform ausgerieben, Blutung gestillt, drainirt und aseptischer Verband angelegt, neuerdings ziehen manche vor, die Wunde auch hier nicht zu nähen, sondern ausgranuliren zu lassen und ich muss gestehen, dass ich nach einigen Beobachtungen, wo die Nähte unbeabsichtigt durchschnitten oder nach einigen analogen Behandlungen bei Sehnenscheidenfungus die Berechtigung des Verfahrens entschieden anerkenne, die kürzere Dauer aber werden natürlich die genähten und primär geheilten Fälle haben. Betreffs der Nachbehandlung ist es bei Kindern oft recht schwierig den Verband rein zu erhalten, abgesehen von guter Polsterung desselben mit Watte kann man über den ganzen antiseptischen Verband noch eine Gummipapierlage appliciren.

33) L'albuminurie étant susceptible de guerir après la resection, n'est pas une contraindication sagt u. a. auch Bockel.

34) Ollier sagt u. a.: La perforation du fond de cette cavité est un motif de plus pour agir vite, car la résection est alors le seul moyen de sauver son malade.

35) Schmitz, über den diagnostischen Werth der Untersuchung per rectum bei Coxitis. Centralbl. f. Chir. Nr. 11. 1886.

Die Gewichtsextension ist dabei das geeignetste Mittel zur Fixation, so dass der Gypsverband, der hier seine Unannehmlichkeiten hat, in der Regel vermieden werden kann, in manchen Fällen können auch bestimmte Resectionsschienen (meist entlang des ganzen Körpers) von Nutzen sein. König lässt seine Hüftresecirten meist nach etwa $5^1/_2$ bis 6 Wochen auf Krücken herumgehen, wodurch die für ein gutes Endresultat wünschenswerthe Abductionsstellung begünstigt wird.

Ich möchte Ihnen nun von einigen im Laufe des letzten Jahres Resecirten die Präparate vorlegen, die ziemlich instructiver Natur sind und die verschiedenen hier zu berücksichtigenden Verhältnisse gut demonstriren. Ich hatte im Laufe des vorigen Jahres 6 Hüftresectionen auszuführen Gelegenheit, sämmtlich bei Fällen, bei denen ich überzeugt war, dass ohne Operation die Coxitis zum Tod geführt hätte, 5 mal wegen tuberculöser Gelenkerkrankung. Vier von den Patienten sind ohne Fisteln geheilt und gehen gut umher, einer (ein 8 jähriges Mädchen) wird voraussichtlich tuberculös erliegen. [36]) In der Mehrzahl der Fälle operirte ich nach König. Sie sehen hier den Gelenkkopf und Hals eines 7 jährigen Knaben mit typischem Keilsequester (Fig. 6) im Schenkelhals, der grösstentheils durch Druckschwund zerstörte Kopf hatte (eine sog. Subluxationsstellung) eine Destructionscontractur veranlasst, es war zu einem grossen Abscess in der Cruralgegend gekommen, der durchzubrechen drohte; nach 2 jähriger Dauer der Erkrankung resecirte ich mit Abmeisselung einer vorderen und hinteren Partie des Trochanters, Abpräpariren der fungösen Granulationen, nach einem Monat konnte der Drain entfernt werden und nach 6 Wochen konnten Gehversuche gemacht werden, worauf sich das hochgradig herabgekommene Allgemeinbefinden des Knaben rasch hob; Patient geht nun zur Schule, die Verkürzung ist sehr unbedeutend, das Gelenk solid und etwas beweglich (bis ∧ 145° flectirbar) ausgeheilt.

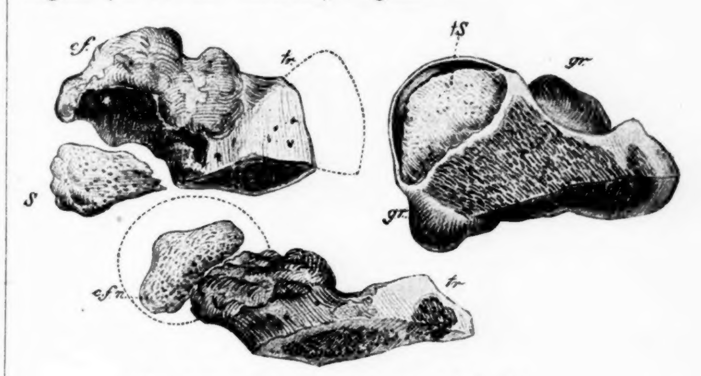


Fig. 6, 8 und 9. (Aus No. 15 wiederholt.)

Sie sehen Fig. 8 das schon erwähnte Präparat einer zweiten Hüftresection, bei der es zu einer wirklichen pathologischen Luxation gekommen, das Kind schon hochgradig abgemagert und herabgekommen war. Sie sehen am Durchschnitt des Präparats, dass fast der ganze Femurkopf ein käsiger Heerd (ts), der Knorpel in toto abgehoben ist und dass ein dicker Granulationswall (gr) den Femurhals umgiebt. Ein grosser Pfannensequester wurde bei der Resection mit entfernt, der Verlauf ist noch nicht abgeschlossen, doch lassen, wie erwähnt, Erscheinungen von Lungentuberculose letalen Ausgang erwarten. [36])

Fig. 9 zeigt Ihnen den Gelenkkopf nekrotisch (cfn), der bei einem 7 jährigen Mädchen als bröcklicher tuberculöser Sequester im Gelenk (in käsigem Eiter eingebettet) lag und der ein gutes Beispiel der Spontanepiphysenlösung darstellt. — Auch hier handelte es sich um einen schon Monate bestehenden Process, der bei conservativer Behandlung wohl keine Chancen mehr geboten hätte, da die Verkürzung und Atrophie des Gliedes schon eine recht bedeutende war. Auch hier hatte die

36) Pat. ist seitdem an Tuberculose der Lunge und Meningen gestorben.

Resection entschieden günstigen Einfluss auf das Allgemeinbefinden, ebenso wie in zwei anderen Fällen, die schon ohne Stützapparat umhergehen. (Schluss folgt.)

Referate und Bücher-Anzeigen.

Schmitz: Ueber den diagnostischen Werth der Untersuchung per rectum bei Coxitis. Centralbl. für Chir. 1886. Nr. 11.

Schmitz empfiehlt neuerdings zur Entscheidung der auch therapeutisch wichtigen Frage, von welchem Theil des Gelenkapparates eine tuberculöse oder osteomyelitische Affection ausgeht, die Palpation der hintern (innern) Fläche des Acetabulum durch den Mastdarm und führt 3 Fälle an, in deren einem die acetabuläre Coxitis aus dem Nachweis einer circumscripten nicht fluctuirenden Schwellung sich ergab, während in den beiden andern ein Beckenabscess hiedurch diagnosticirt wurde und auch hier die Resection des noch erhaltenen Oberschenkelkopfes ausgeführt wurde, um den Pfannenboden mit Meissel und Hammer zu entfernen resp. tuberculöse Sequester zu extrahiren und somit bei der Resection den Beckenabscess zu eröffnen. A. Schreiber-Augsburg.

Dr. Sprengel: Antiseptische Tamponade und Secundärnaht. Centralbl. für Chir. 1886. Nr. 7.

Sprengel hat in mehreren Fällen das von Bergmann, Kocher u. A. empfohlene Verfahren bewährt gefunden und empfiehlt die Tamponade mit Jodoformgaze mit erst secundärer Naht am 3. oder 4. Tage, besonders z. B. für Exstirpation von Kropfcysten, Halsdrüsenoperationen etc.

A. Schreiber-Augsburg.

Dr. Gottfried Scheff, k. k. Regimentsarzt: **Krankheiten der Nase, ihrer Nebenhöhlen und des Rachens, und ihre Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.** Berlin 1886. Verlag von A. Hirschwald.

Die früher so wenig beachteten Erkrankungen der Nase und des Nasenrachenraumes haben in den letzten 10 Jahren eine sehr eingehende Bearbeitung gefunden, und beanspruchen namentlich durch die Erkenntniss ihres Einflusses auf gewisse Allgemeinleiden stets wachsendes Interesse. Es war natürlich, dass allmählich das Bedürfniss fühlbar wurde, die in den verschiedensten Zeitschriften niedergelegten Resultate der Forschung von einem einheitlichen Standpunkt aus gesammelt und in ein System gebracht zu sehen. So entstanden die Arbeiten von B. Fränkel, im Ziemssen'schen Sammelwerk, die grosse Monographie von Mackenzie, die durch Felix Semon's Anmerkungen noch an Werth gewann, Streck's Bearbeitung im Billroth-Pitha'schen Werk, und in zusammenfassenderer und für den Nichtspecialisten berechneter Form Bresgen's und Schech's Arbeiten, von denen die Letztere namentlich nach allen Richtungen den praktischen Bedürfnissen Rechnung getragen hat. Für eine abermalige Bearbeitung des gleichen Themas liegt daher unseres Erachtens keinerlei Bedürfniss vor und sie müsste ganz besondere Vorzüge haben, wenn sie als gerechtfertigt anerkannt werden sollte.

Es verdient hervorgehoben zu werden, dass überall die Anatomie und Physiologie der betreffenden Regionen in klarer sachgemässer Weise bei Scheff bearbeitet ist und dieser Theil ist wohl der Beste des Buches. Dagegen hat die Pathologie und Therapie eine recht ungleichmässige Berücksichtigung gefunden. Besonders verwunderlich erscheint, dass der Nasenrachenraum fast ganz ignorirt worden ist. Die adenoide Degeneration der Rachentonsille ist z. B. nur nebensächlich erwähnt, in Betreff ihrer Behandlung auf die Lehrbücher der Chirurgie verwiesen, während der Rhinoplastik ein eigenes Kapitel angewiesen ist. Die Galvanocaustik hat vor den Augen Scheff's im Gegensatz zu allen anderen Autoren und wohl auch den meisten Praktikern nicht recht Gnade gefunden; er hält ihre Anwendung für zu kostspielig und umständlich. Freilich, wenn es richtig wäre, was er behauptet, dass zu ihrer Anwendung z. B. zur Operation von Nasenpolypen ein Assistent nöthig ist, müsste man das zugeben. In der Lehre von der Ozaena sind die neueren Forschungen, welche den Begriff derselben wesentlich eingeengt und sie von den anderen Formen des eitrigen Nasenkatarrhs abgetrennt haben, nicht genügend berücksichtigt. Die Mycosen des Rachens sind nicht erwähnt. Sehr ausführlich sind dagegen die Medicationen für die einzelnen Erkrankungen bearbeitet und wer zum Nachschlagen über ihre Anwendung und Dosirung das Scheff'sche Buch benutzen will, wird das Gesuchte stets finden.

Schmid-Reichenhall.

Vereinswesen.

V. Congress für innere Medicin.

Gehalten zu Wiesbaden vom 14.—17. April 1886.

(Schluss.)

III. Tag; 16. April.

(Originalbericht von Docent Dr. Kopp.)

Fünfte (Vormittags-) Sitzung ($9^{1}/_{2}$—12 Uhr.)

Ueber die Therapie der Syphilis.

Referenten: Herr Kaposi (Wien) und Herr Neisser (Breslau).

Kaposi glaubt, der an ihn ergangenen ehrenvollen Aufforderung über die Therapie der Syphilis ein dem heutigen Stande der Lehre entsprechendes Referat zu bringen, welches zugleich als Substrat für eine Discussion dienen soll, derart am besten entsprechen zu können, dass er sich rücksichtlich des Gegenstandes von vornherein eine gewisse Beschränkung auferlegt, und nur die allgemeinen Grundzüge einer rationellen Syphilistherapie mit Rücksicht auf Indicationen, Mittel und Methoden in ihren wesentlichsten Linien wiedergibt und auf jede Detailausführung verzichtet. Auch die in mancher Hinsicht wichtigen noch ungelösten Fragen aus dem Gebiete der speciellen Pathologie der Syphilis konnten nur ganz beiläufig erörtert werden. In einem kurzen historischen Rückblick legt Kaposi dar, dass die Therapie der Syphilis nicht gleiche Fortschritte zu verzeichnen hat, wie die Pathologie dieser Erkrankung, wenn gleich auch die letztere kaum eine sehr rapide Entwickelung genommen hat. Heute noch wie vor jetzt bereits 400 Jahren ist das Quecksilber in der Form des Inunctionscur die verlässigste Behandlung geblieben. Die einzige thatsächliche Bereicherung, welche die Syphilistherapie seit der ersten Hälfte des 16. Jahrhunderts gewonnen hat, besteht in dem in den fünfziger Jahren dieses Jahrhunderts eingeführten Jod und in der abgesehen von der innerlichen Quecksilberbehandlung zweifach günstiger gestalteten Anwendungsweise des Quecksilbers, indem erstens die Inunctionscuren rationeller, d. h. mit Vermeidung der hygienischen Nebenschädigung geübt werden, und zweitens in der seit Lewin zur Methode gewordenen subcutanen Einverleibung des Quecksilbers. Die Principien der sogenannten physiologischen Broussais'schen Schule, welche das „laisser aller“ als beste Heilmethode der Lues ausgab, und der Unwerth der auch heute noch von Manchen vertretenen Anschauung, welche in den Spätformen der Syphilis Mercurialkrankheiten sieht, werden als ziemlich allgemein zurückgewiesen, nur kurz gestreift. Dagegen glaubt K. nachdrücklich betonen zu müssen, dass wir die Syphilis als eine heilbare Krankheit betrachten müssen; ja wir müssen die Lues unter den verschiedenen infectiösen constitutionellen Krankheiten als eine der bestheilbaren bezeichnen, da wir im Besitz von Heilmitteln und Methoden sind, welche sowohl die örtlichen Erkrankungen, als auch die allgemeine Bluterkrankung direct und aufs Wirksamste zu beeinflussen, zu beseitigen und so das Individuum zu heilen vermögen. Wenn der praktische Arzt auf tüchtige pathologische Kenntnisse gestützt, jederzeit die Therapie der Syphilis nach richtiger Wahl der Zeit, der Mittel und Methoden mit zielbewusstem Ernst und mit der nöthigen Energie übt, dann vermag er viel individuelles und sociales Unglück bei Zeiten zu verhüten. Da nun die Therapie der Syphilis so sicher, erfolgversprechend, und

zugleich individuell und social-hygienisch so dringend ist, so muss es erwünscht sein, dass die praktischen Aerzte und nicht nur die eigentlichen Fachcollegen, von Zeit zu Zeit eine Ueberschau halten über die bezüglich der Syphilisbehandlung gewonnenen Erfahrungen und Meinungen, und es versuchen, über den Werth derselben ein Einverständniss zu erzielen. Für diesmal glaubt K. folgende Punkte zur Erörterung empfehlen zu sollen.

1) Ist von einer bestimmten Behandlung der Initialformen eine Behinderung der Allgemeininfection zu erwarten d. h. giebt es eine Art Coupirmethode der Syphilis?

Für die Discussion dieser Frage sei es gleichgiltig, ob man wie K. auf dem unitaristischen Standpunkte steht, und demgemäss (?) glaubt, dass jede Art primärer Läsion den Ausgangspunkt für die Allgemeininfection abgeben kann, oder ob man, wie die Dualisten (?) nur der typischen Sclerose diese Rolle zuschreibt. Nur darf man nicht mit Bärensprung die Sclerose bereits als ein Symptom der vollzogenen Allgemeininfection auffassen, denn damit wäre der Frage nach einer Coupirmethode von vornherein der Boden entzogen. Wenn man nun von der wahrscheinlich allein richtigen Ansicht ausgeht, dass das specifische Virus eine gewisse, wenn auch unbestimmbare Zeit, an der Stelle der Primärläsion verharrt, und erst von hier aus aufgesogen, in die Lymph- und Blutbahn, und damit in die Gewebe gelangt, dann ist theoretisch die Aufgabe gestellt, diese Resorption zu hindern und damit die Allgemeininfection kurzweg zu verhüten. Die zu diesem Zwecke theoretisch und praktisch möglichen Mittel sind dreierlei: erstens die Zerstörung des Virus an Ort und Stelle seiner Einimpfung, also in und mit der Primärläsion selbst. Diese kann durch Cauterisation oder Excision des Primäraffectes geschehen. Besonders die letztere Methode ist in jüngster Zeit viel discutirt und K. macht mit Bezug auf den Werth angeblich erzielter positiver Erfolge der Coupirmethoden folgende allgemeine Bemerkungen. Das Ausbleiben der Lues nach Cauterisation oder Excision des Primäraffectes kann an und für sich nicht als positiver Erfolg ausgesprochen werden, da erstens nicht jede Sclerose von Syphilis gefolgt zu sein braucht, und weil es zweitens einzig von dem subjectiven Urtheil des jeweilig operirenden Arztes abhängt, ob die betreffende Primärläsion wirklich syphilitischer Natur war. Auch fehlt uns jede Grundlage für die Terminbestimmung, bis zu welchem von einer örtlichen Extinction oder Elimination des Virus ein Erfolg theoretisch annehmbar wäre. Auch das Fehlen oder Vorhandensein nachbarlicher Drüsenschwellungen spreche nicht mit Sicherheit für oder gegen die syphilitische Natur einer Primärläsion. Dagegen würde der Nachweis der Lustgarten'schen Bacillen ein sicheres Kriterium für die specifische Bedeutung einer Primärläsion und demnach auch praktisch zu verwerthen sein, wenn die Beziehungen dieser Bacillen zur Syphilis schon in allen erwünschten Richtungen festgestellt wären. Nebenbei bemerkt Kaposi, dass er wegen des Vorkommens der Bacillen in den unverletzten Geweben und in Zellen, es doch für wahrscheinlich halte, dass diese Bacillen den pathogenen Microorganismus der Syphilis darstellen, wenn gleich denselben die ursprünglich angegebene tinctorielle Charakteristik durch die neueren Arbeiten verloren ging. Praktisch ist die Excision an gewisse günstige topographische Bedingungen gebunden; so ist dieselbe z. B. am Margo praeputii vollkommen, an der Glans und im Sulcus coronarius kaum vollständig auszuführen. Als ein zweites Mittel zur Coupirung der allgemeinen Infection ist die Unterbrechung oder Ausschaltung der Resorptionsbahn vorgeschlagen und angeblich angewandt worden. Da angenommen werde, dass die Aufsaugung des syphilitischen Virus durch die Lymphgefässe und dessen Aufspeicherung zunächst in den Lymphdrüsen der ersten Zone stattfindet, so habe man blos das Dorsallymphgefäss zu durchschneiden und, wolle man mehr thuen, die Drüsen auszulösen. K. nennt diese Vorstellung mit Recht naiv, da man sich leicht an injicirten Präparaten überzeugen könne, dass der ganze Penis in ein dichtes Korbgeflecht von Lymphgefässen eingebettet liegt. Welches Lymphgefäss soll man da durchschneiden? Und die Drüsen? Welche von den auffindbaren und nicht auffindbaren sollen ausgelöst werden? Damit beantwortet sich auch die Frage nach dem Werth der von manchen Autoren geübten Methode in und um die Lymphdrüsen 1. Ordnung bei einer Primärläsion Quecksilber- und Jodpräparate zu injiciren, in der Absicht, das Virus auf seinem Resorptionswege zu zerstören. Als drittes Mittel zu Behinderung der Allgemeininfection erörtert K. die Präventiv-Allgemein-Behandlung. Sollte es nicht rationell sein, wenn ein Primäraffect vermöge seines klinischen Charakters die Vermuthung gestattet, dass nach 4—6 Wochen Allgemeinsyphilis folgen werde, die Allgemeincur, die bei evidenter Syphilis so wirksam ist, sofort anzuwenden? Obgleich nun K. diese Methode für rationell und human hält, indem es theoretisch ganz ungerechtfertigt sei, eine Krankheit sich erst zur vollen Intensität entwickeln zu lassen, um sie erst dann zu heilen, so hält er sie doch aus praktischen Gründen nicht für zweckmässig. Die Erfahrung lehrt nämlich, dass durch eine solche Therapie präcox der Ausbruch der Allgemeinerscheinungen nicht verhindert, sondern nur hinausgeschoben wird, dass dieselben dann dennoch, aber nicht in der typischen Verlaufsweise, sondern „unordentlich" eintreffen, und dass meist nicht mehr ausschliesslich leichte exanthematische Formen, sondern zugleich, also sehr früh schwere Symptome z. B. bereits periostale Formen erscheinen. Daher sei es nach seiner Erfahrung unnütz, ja für den Kranken schädlich, für den Arzt aber, d. i. für die objective Beobachtung verwirrend, die Allgemeincur vor deutlicher Ausprägung der Symptome der Allgemeinsyphilis zu machen. Ja es sei rathsam, selbst das Exanthem erst vollkommen sich entwickeln zu lassen, und nicht bereits beim Anblick der ersten Roseolaflecken die Cur zu beginnen.

Als zweite Frage erörtert Kaposi die Vortheile, welche die gegen Syphilis als wirksam befundenen Arzneien bieten, unter Berücksichtigung der jeweilig vorhandenen pathologischen Erscheinungsformen. Zur Beantwortung dieser Frage ist das Princip festzustellen, nach welchem wir die Wirksamkeit eines Arzneimittels oder einer Behandlungsmethode messen wollen, andererseits müssen wir die Arzneien selbst und ihre Anwendungsmethoden nicht nur eine pragmatische, sondern auch eine kritische Revue passiren lassen. Die Wirksamkeit eines Mittels ist im concreten Falle zu schätzen nach der Promptheit, mit welcher nach dessen Anwendung örtliche sicht- und tastbare Syphiliserscheinungen zur Rückbildung gelangen und dann nach dem Ausbleiben von Recidiven. In letzterer Beziehung, wobei ja allein von eigentlicher Heilung der Syphilis gesprochen werden kann, ist ein Urtheil schwierig. Die statistischen Daten, wie sie über diesen Punkt aus den Spitälern kommen, taugen nämlich allesammt nichts, und nimmt Kaposi auch seine eigenen nicht aus. Aus den Spitälern werden ja die Syphilitischen entlassen, sobald die sichtbaren Symptome geschwunden sind, und deren Träger „äusserlich" nicht mehr ansteckend erscheinen. Nur ein verschwindend kleiner Bruchtheil komme später wieder zur Behandlung und dann zur Verwerthung für die Statistik, — die also damit werthlos werde. Nur in der Privatpraxis sei Gelegenheit, die Patienten und ihre Nachkommenschaft bezüglich des Effectes einer Syphiliscur zu beobachten, aber aus Privatmaterial mache man eben keine officielle Statistik. Sohin reducire sich die Schätzung über den Dauererfolg eines Mittels oder eines Heilverfahrens auf die subjective Erfahrung des Einzelnen. Kaposi resumirt seine persönlichen Erfahrungen dahin, dass es eine Menge Kranke gebe, die nach einer einmaligen Cur von wenig Wochen oder Monaten dauernd geheilt werden; dass aber zweifellos auch viele Personen ein oder mehrere Male Recidive bekommen, dann geheilt bleiben und endlich, dass bei einer geringeren Anzahl von Betroffenen noch nach Jahren und Jahrzehnten, und selbst nachdem sie eine Reihe gesunder Kinder gezeugt haben, Syphilisrecidive der Haut, des Gehirns u. s. w. eintreten kann. Es fehle darum jede Möglichkeit eine zeitliche Grenze zu ziehen, bis zu welcher über die Wirkung eines Medicaments definitiv entschieden

werden kann. In Folge dieser mannigfachen Unvollkommenheiten müssen die Verhältnisse wohl anders gedeutet werden. Das Auftreten von Recidiven aber spricht nicht an und für sich gegen den Werth eines Medicamentes. Wir müssen eben mit der Thatsache rechnen, dass Recidive unter allen, auch den günstigsten Umständen vorkommen können. Dagegen ist zu verlangen, dass nach einer erfahrungsgemäss durchschnittlich genügenden Cur mindestens einige Monate ohne sichtbare Erscheinungen und bei gutem Aussehen verstreichen; dabei ist auch die Rückbildung der Polyadenitis nicht zu vergessen. Endlich sollen die Recidive der Haut regionäre sein, somit den Charakter tardiver Formen darbieten. Als die gegen Syphilis als wirksam bekannten Arzneien und Anwendungsweisen sind der Reihe nach zu betrachten:

1) das Quecksilber,
2) das Jod,
3) die Holztränke,

dann die Mittel der sogenannten Nachcuren, als Schwefelbäder, Hydrotherapie (Seebäder) und endlich Fournier's protrahirte successive Curmethode.

Das Quecksilber kann nun dem Körper auf verschiedene Weise einverleibt werden, auf endermatischem und hypodermatischem Wege und durch Vermittlung des Verdauungstractes. Von den endermatischen Methoden (Salben und Bädern) ist die Inunctionscur mit dem officinellen Unguent. hydrarg. neapolitanum am wichtigsten. Wie bereits auf dem internationalen Congress in Kopenhagen glaubt Kaposi auch bei dieser Gelegenheit die Einreibungscur mit grauer Salbe an die Spitze der gegen Lues zu Gebote stehenden Mittel stellen zu müssen. Sie sei das wirksamste und verlässlichste Heilmittel, sowohl rücksichtlich der örtlichen Affectionen als auch rücksichtlich der allgemeinen Infection, und müsse zum mindesten in allen Fällen, wenn Gefahr im Verzug ist, angewandt werden. Eine Quecksilberlanolinmischung sei weniger empfehlenswerth, da nur die Fettsäureverbindungen resorptionsfähig seien, (?) solche aber in der reinen Quecksilberlanolinmischung nicht gebildet würden. Daher müsse dem Lanolin immer noch Fett beigemischt werden, und zwar um so mehr, je mehr Hg. zur Resorption gelangen solle. Auch die in neuerer Zeit von verschiedenen Seiten empfohlenen Hg.-Seifen seien brauchbar, doch zieht Kaposi nach seiner persönlichen Erfahrung das officinelle Unguent. hydrarg. den anderen erwähnten Methoden vor, ein sauberes Geschäft sei die Einreibungscur ja niemals. Darmerscheinungen und Ptyalismus finde man bei Anwendung des Ung. neapol. geradezu selten und Kaposi erklärt dies damit, dass bei aufmerksamer Behandlung mit der afficirten grauen Salbe gerade ein „juste-milieu" von Aufsaugung und Ausscheidung erzielt werde. Das Emplastrum hydrarg. und Unna's Hg. Pflaster-Mull nützten in allgemeiner Beziehung wenig, dagegen seien diese Hilfsmittel sehr brauchbar zur örtlichen Behandlung irritativer und gummöser luetischer Infiltrate. Die Sublimatbäder sind bei Syphilis der Neugeborenen und bei Erwachsenen im Falle von ausgebreiteten gummös-ulcerösen Formen höchst wirksam.

Sehr begreiflich sei es, dass die durch Lewin's Verdienst zu einer eigentlichen Curmethode gewordene hypodermatische curative Einverleibung des Hg. die Syphiliatriker lebhaft beschäftige; denn diese Methode sei directer, exacter und bequemer, und so habe man ausser mit der ursprünglichen Lewin'schen Sublimatlösung, Sublimat-Chlornatrium (Stern-Auspitz), Quecksilber-Albuminat (Bamberger), Pepton-Quecksilber (Martineau), Hydrarg. bicyanatum, formamidatum (Liebreich), Calomel-Suspension (Scarenzio), Blutserumquecksilber (Bockhardt) und Glycocoll-Asparagin- und Alanin-Quecksilber Wolff & Nega) versucht. Bei einer so grossen Anzahl von Hg.-Verbindungen, welche alle mehr weniger befriedigende Erfolge gegen Syphilis gegeben haben, halte es schwer, rücksichtlich aller hier interessirender Fragen (directer Heileffect, Schmerzhaftigkeit und Abscessbildung, Resorptionsfähigkeit, Ausscheidung, Verhalten der Recidive u. s. w.) mit Aussicht auf Einigung über ihren Werth zu discutiren. Kaposi stimmt im Grossen und Ganzen mit dem überein, was Bockhart in einer Art schematischer Classification ausgesprochen hat,*) und legt der Werthschätzung der Dauerwirkung eines Quecksilberpräparates die Meinung zu Grunde, dass diejenigen Hg.-Präparate, die am längsten im Körper verweilen, am nachhaltigsten wirken und daher auch am ehesten Recidive verhindern. Nach der Eigenschaft des, wenn auch nur beiläufig abschätzbaren längeren oder kürzeren Verweilens im Organismus theilt Bockhart die Hg.-Präparate in 3 Gruppen.

I. Hg.-Präparate von sehr nachhaltiger Wirkung:
a) Inunctionscur (Ung. hydr. cin. neapolitan.)
b) Calomelinjectionen } subcutan.
c) Lewin's Sublimatlösung }

II. Hg.-Präparate von mittlerer nachhaltiger Wirkung:
a) Sublimat-Chlornatrium }
b) Hg.-Albuminat und Peptonat } subcutan.
c) Blutserum-Quecksilber }

III. Hg.-Präparate von geringer nachhaltiger Wirkung:
a) Hg.-Bicyanat }
b) Hg.-Glycocoll } subcutan.
c) Hg.Formamid }

Am wenigsten schmerzhaft fand Kaposi das Formamid.

Innerlich verabreicht wirken die gebräuchlichen Hg.-Präparate: Sublimat, Calomel, Hydr. oxyd. tann. im Allgemeinen langsamer, aber doch auch ziemlich prompt, besonders das letztere Präparat verursacht nur geringe Belästigung des Magens. Auch die bei den Franzosen beliebten Jod-Quecksilberverbindungen Proto- und Deuterojoduret. hydrarg. seien für den innerlichen Gebrauch passend.

Welche Formen und Perioden der Syphilis eignen sich nun erfahrungsgemäss am meisten für eine Quecksilberbehandlung. Nach Kaposi wären dies alle Formen von Hauterkrankung der Frühperiode sowohl, wie der Spätperiode, ebenso aber auch die Erkrankungen der Knochen, der parenchymatösen Organe, des Cerebrospinalsystems in den acuten Stadien, während die späteren Stadien sowie Gelenksaffectionen und Cephalalgia syphilitica entschieden auf Jod sicherer und rascher weichen. Er ist der Ansicht, dass, je entschiedener und nachhaltiger in der allerersten acuten Erkrankungsperiode die Behandlung geführt werde, desto sicherer Recidiven und einem protrahirten Verlaufe vorgebeugt werden kann. Mit Rücksicht darauf sollen von vornherein Einreibungen, und nur wenn dies nicht gut möglich, was ihm indess nie vorgekommen, Injectionen mit den möglichst nachhaltig wirkenden Mitteln gemacht werden. Alle nur langsam wirkenden Medicationen aber seien für die erste Periode unbrauchbar, ja nur verschleppend. Nur für die Spätformen, insoferne sie nicht dringlicher Natur sind, wie regionäre papulöse Formen und Aehnliches mag die Medication mit langsamer Wirkung angehen. Sind sie aber gefährlicherer Natur, wie Iritis, ulceröse Nasen- und Kehlkopfaffectionen, Gehirn- und Rückenmarksaffectionen, so sind wieder die energisch wirkenden Curen, insbesondere die Inunctionscur am Platze. Nachtheile hat aber die Medication mit Hg. niemals, insoferne man nur Acht hat, keine belästigenden Nebenwirkungen aufkommen zu lassen. Insbesondere kommt es in Folge der Behandlung niemals zu einer wahren Quecksilbercachexie. Ein zweites specifisch gegen Syphilis wirkendes Mittel ist das Jod. Dasselbe erweist sich besonders wirksam gegen Knochen- und Gelenkaffectionen und gegen nächtliche Knochen- und Kopfschmerzen, kann sich aber auch bei luetischen Symptomen, besonders der gummösen Periode bewähren. In der ersten Erkrankungsperiode darf man niemals mit Jod allein arbeiten, da die Gefahr eines protrahirten Verlaufes insbesondere bei Exanthemen erwiesen ist; ganz grundlos aber sei es, das Jod als ein Corrigens gegen Quecksilbermissbrauch hinzustellen. Das Decoct. Zittmanni schätzt Kaposi als ein überaus wirksames Mittel bei Spätformen, insbesondere bei ulcerösen Erkrankungen des Rachens und der Haut, und er giebt es gerne mit Inunctionscuren combinirt. Dabei ist zu betonen, dass das Zittmann'sche Decoct in gleicher Weise günstig wirkt, ob es mit oder ohne Hg. bereitet wird,

*) Monatshefte f. prakt. Dermat. u. Syphil. 1885.

dass somit das Calomel-Zinnobersäckchen an der curativen Wirkung wohl unschuldig sein dürfte. Das ebenfalls von Manchen empfohlene Decoct. Pollini schmeckt schlecht und verdirbt rasch den Appetit. Die sogenannten Nachcuren (Schwefelbäder, Seebäder, Hydrotherapie und Entziehungscuren) haben nach K. nicht die geringste directe specifische Wirkung gegen Syphilis. In der That werden denn auch in den so viel gerühmten Schwefelbädern und besonders in Aachen neben den Bädern systematische antisyphilitische Curen gemacht, sobald an den Kranken patente Syphiliserscheinungen wahrzunehmen sind.

3) Wie lange und wie oft soll man nun eine antisyphilitische Cur machen lassen? Allgemein räth Kaposi, die erste Behandlung recht lange und sorgfältig durchzuführen, die Cur aber immer zu wiederholen, so oft charakteristische Syphilissymptome wieder auftreten, aber auch nur dann; sind keine Zeichen der Syphilis da, so hält er jede Cur für überflüssig. Schaden kann aber bei sonst gesunden Individuen eine rationell durchgeführte Cur niemals und K. hat daher principiell gegen eine gelegentliche Wiederholung der Cur innerhalb der ersten Jahre nichts einzuwenden. Selbstverständlich wird man dabei individualisiren müssen und das geübte Auge des Praktikers hat im einzelnen Falle über die Nothwendigkeit einer Wiederholung der Cur zu entscheiden. Neben der Verwerthung der besprochenen, gegen die constitutionelle Erkrankung wirksamen Mittel kommt aber in vielen Fällen einer zweckdienlichen örtlichen Behandlung wesentliche Bedeutung zu. So ist bei den ulcerösen Formen der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes der tüchtige Praktiker wohl in der Lage, durch Benutzung der örtlich wirksamen Mittel dem Processe Einhalt zu thuen, lange ehe die Allgemeincur sich nützlich geltend zu machen vermag. K. schliesst mit dem Wunsche, dass die von ihm gegebene lose Skizze der Grundzüge einer rationellen Therapie der Syphilis zu einer lebhaften und eingehenden Discussion die Anregung geben und dadurch einigen Werth erlangen möge.

Neisser macht als Correferent zunächst auf die zahlreichen Differenzen, welche in den Anschauungen selbst der erfahrensten Fachmänner auf dem Gebiete der Syphilistherapie noch immer bestehen, aufmerksam. Trotzdem sei die Hoffnung nicht aufzugeben, dass es in der Zukunft gelingen werde, durch kritische Zusammenfassung des bisher nur allzureichlich vorhandenen Materials und der darauf basirenden theoretischen Anschauungen, durch richtige Formulirung der hier wesentlich in Betracht kommenden Fragen, durch ein nach sorgsam vorbereiteten Grundsätzen ausgeführtes therapeutisches Experimentiren, im Laufe der nächsten Jahre feste und sichere Normen für unser therapeutisches Handeln zu schaffen. Die unausgesetzte Arbeit gerade auf diesem Gebiete werde sich gewiss lohnen, da die Möglichkeit, therapeutisch zu nützen so gross ist, wie bei wenigen anderen Krankheiten. Freilich kann dazu das Leben und die Erfahrung des Einzelnen kaum ausreichen; nur Viele zusammen, die nach gleichen Grundsätzen arbeiten, werden diejenige Summe von Erfahrung aufbringen, welche für die Lösung des Problems erforderlich ist, und Neisser ist der Ansicht, dass gerade hier eine Sammelforschung vielleicht Nützliches schaffen würde, eine Sammelarbeit, die nicht nur vorhandenes Material zusammenträgt und sichtet, sondern die der praktischen therapeutischen Thätigkeit der nächsten Jahre gewisse Normen gibt, und so ein auf möglichst gleichen Grundlagen fussendes Material liefert, aus welchem nach Jahren vielleicht allgemeingiltige Schlüsse sich ableiten liessen. In diesem Sinne glaubt N. die Aufmerksamkeit auf folgende Punkte richten zu müssen: 1) Ist es möglich oder wahrscheinlich, durch Beseitigung des Primäraffectes der Syphilis den Ausbruch der Krankheit zu verhüten. 2) Soll man die constitutionell gewordene Krankheit mit Mitteln bekämpfen, oder soll man sie sich selbst überlassen? 3) Welchen Plan für die eventuell acceptirte Behandlung soll man aufstellen?

ad 1) Die Annahme, dass die Syphilis eine Bacterienkrankheit, sei heute wohl ziemlich allgemein acceptirt und N. hält die Lustgarten-Doutrelepont'schen Bacillenbefunde für einen gesicherten Fortschritt, aber gerade die wichtigsten Fragen über die Zeit und den Modus der Weiterverbreitung der Microorganismen von der Infectionsstelle, von der Primärläsion aus sei, da das wirkliche Experiment wegen der Nichtübertragbarkeit der Syphilis auf Thiere ausgeschlossen ist, nur auf dem Wege klinischer Beobachtung zu erledigen. Wir sind hier nicht in der Lage unsere pathologischen Kenntnisse zur Grundlage des therapeutischen Handelns zu machen, sondern die Resultate der Therapie sollen umgekehrt das pathologische Problem lösen. Nun haben die meisten der bis heute publicirten bereits sehr zahlreichen Fälle von Excision des Primäraffects bis jetzt keinen Erfolg gehabt; einzelne der operirten Fälle aber blieben gesund. Die negativen Erfolge erleiden den Einwand, dass vielfach nicht radical genug, oder zu spät operirt wurde, während den positiven Erfolgen entgegengehalten werden kann, dass es sich in diesen Fällen nicht um echte specifische Primärläsionen gehandelt hat. Eine allgemeingiltige Lösung der Frage scheint also zur Zeit nicht möglich. Gleichwohl glaubt N. für weitere Versuche in dieser Richtung eintreten zu müssen, da man mit grosser Wahrscheinlichkeit annehmen kann, das wenigstens in einer grösseren Anzahl von Fällen das Virus durch eine längere Zeit an der Infectionsstelle liegen bleibt, und somit ein Erfolg immerhin möglich ist, besonders wenn man frühzeitig eingreifen kann. Die Resultate seien zwar stets unsicher, doch habe man niemals einen Schaden zu fürchten, ja die Excision sei sogar die beste Localheilung (?) Wolle man nicht excidiren, so sind nach N. Aetzungen mit conc. Carbolsäure am meisten zu empfehlen.

ad 2) Bezüglich der Behandlung der einmal constitutionell gewordenen Syphilis ist es wohl kaum hervorzuheben, dass N. wie Kaposi in dem Quecksilber und Jod die wichtigsten Heilmittel gegen Syphilis und ihre Krankheitsproducte sieht, und bei der Behandlung eine Berücksichtigung aller individuellen Verhältnisse des Kranken fordert, wobei der Hygiene, Diätetik und sonstiger Unterstützungsmittel der Cur (Schwitzcuren u. s. w.) nicht vergessen werden darf. Dagegen weicht N. in so ferne von den Ansichten Kaposi's wesentlich ab, dass er die von Zeissl und englischen Autoren gerühmte exspectative Methode durchaus verwerfend, einer sogenannten Präventivbehandlung das Wort redet, und die Indication für die Quecksilberbehandlung mit dem Momente für gegeben erachtet, in welcher die Diagnose Syphilis mit Sicherheit gestellt werden kann. Der Verlauf der Syphilis wird dadurch nicht coupirt, aber in seiner Intensität gemildert. Der natürliche unbeeinflusste Verlauf der Syphilis kann zwar zur Heilung führen, unverhältnissmässig häufig aber führt er zu destructiven Processen. Dafür liefern die zahlreich beobachteten Endemieen, Radesyge, Sibbeus, Skerljevo, die Verhältnisse in Polen-Russland, in China, auf den Hawai'schen Inseln genügende Beweise. Eine sichere Prognose giebt es aber überhaupt nicht, und selbst nach dem Ablauf der Frühperiode fehlen uns alle Anhaltspunkte zu einem Urtheile über den ferneren Verlauf; auch die provocatorischen Aetzungen haben sich in dieser Richtung als unzuverlässig erwiesen. Daraus folgt für N. ein sehr pessimistischer Standpunkt für die Zukunft einer sich selbst überlassenen Syphilis. In der Praxis werde dieser Standpunkt auch allgemein eingenommen und der Arzt müsse stets an die Möglichkeit tertiärer Erkrankungen denken. Da nun aber der Einfluss des Hg. ein curativer, d. h. direct antiviruellor sei, so müsse er auch präventiv zur Geltung gelangen und wir müssen desshalb behandeln, wenn auch nur die geringste Möglichkeit zu nützen, gegeben ist. Und diese Möglichkeit ist zu betonen nicht nur gegenüber gewissen sehr gefährlichen Erkrankungen der Frühperiode (Hirnaffectionen und Erkrankungen des Auges), sondern auch weil unser Hauptziel stets der Schutz vor der Spätperiode, der Abschluss in der Frühperiode, die Heilung und nicht die Latenz sein soll. Bezüglich der besten Methode, dieses Ziel zu erreichen, spricht sich Neisser auf Grund pathologischer Erwägungen im Sinne der Fournier'schen Lehre aus. Dieselbe biete das beste Programm für die experimentell-therapeutische Arbeit der nächsten Jahre. Fournier, der sich auf die Erfahrungen einer enormen zwanzigjährigen Praxis stützt

und viele Patienten auch in späteren Jahren beobachten konnte, beginnt mit der Behandlung so früh als möglich, also oft genug schon vor dem Erscheinen eines Exanthems, und seinem Beispiel folgend hat N. in der neueren Zeit eine grössere Beobachtungsreihe begonnen, um den Einfluss der Präventivbehandlung auf den Syphilisverlauf zu studiren. Die Untersuchungen sind natürlich noch nicht abgeschlossen, doch glaubt N. aus theoretischen Gründen den Anschauungen Kaposi's über den ungünstigen Einfluss dieser Präventivbehandlung entgegentreten zu sollen; einstweilen müsse indess der Werth oder Unwerth der Präventivbehandlung als eine offene Frage behandelt werden.

ad 3) Endlich setzt Neisser mit Fournier die Behandlung auch ohne Rücksicht auf gelegentliche Symptome durch 3—4 Jahre fort. Eine chronische Krankheit müsse eben chronisch behandelt werden; und er zieht zu diesem Zwecke die intermittirende Behandlung mit energischen und mittleren Dosen der continuirlichen Behandlung mit kleinen Dosen vor. Die Wahl des angewandten Medicamentes ist dabei von geringerer Wichtigkeit, als die Menge des auf einmal und in längerer Zeit eingeführten Hg. Die Empfehlung eines Mittels, oder einer Methode sei jedenfalls unrichtig. Hier muss individualisirt werden. Kommt es darauf an, momentan, möglichst schnell einzugreifen, so sind grosse Dosen Ung. cin., Calomelinjectionen mit innerlicher Anwendung von Chlornatrium angezeigt. Dazwischen kann auch der regionäre Einfluss milderer Injectionen und interner Präparate ab und zu günstig verwendet werden. Im Grossen und Ganzen aber soll die Behandlung durch Jahre, auch ohne Symptome und intermittirend geleitet werden. Eine energische Cur ist am Platze als erste Cur, bei jedem hartnäckigen Recidiv, bei Curen zur Vermeidung der Vererbung vor und in der Ehe und endlich als eingeschobene Cur im 1., 2., 3. und 4. Jahre. In den Zwischenpausen können abwechselnd einmal Jodkali oder mildere Hg.-Präparate gereicht werden. Diese Behandlung scheint Neisser, wenn es auch schwer zu beweisen ist, die vorsichtigste; sie mag zuweilen überflüssig sein, immer aber ist sie bei geeigneter Ueberwachung unschädlich. Er hält es für zweckmässig, eventuell die verschiedenen Modi der Hg.-Einverleibung successive zu combiniren, um möglichst viele Lymphdrüsengebiete mit den Medicamenten in Berührung zu bringen und glaubt, dass der Einfluss der regionären Behandlung häufig unterschätzt werde. Bäder, Trinkcuren, Schwitzcuren, Pilocarpin, Holztränke sind nur als allgemein roborirende, die specifischen Curen unterstützende Hilfsmittel zu betrachten. Eine Mittelstellung hat das Jod, dem im Spätstadium jedenfalls eine specifische Heilwirkung zugesprochen werden kann. Ueber seine Unentbehrlichkeit herrscht kein Zweifel, doch werden meist zu kleine Dosen gegeben. Nach den Erfahrungen bei der Psoriasisbehandlung werden selbst bei Kindern enorme Dosen 27,0—30,0 p. die leicht ertragen. Zwischen Jodkalium, Jodnatrium und Jodammonium konnte N. keine wesentlichen Unterschiede erkennen. Ob das Jodoform bei interner oder subcutaner Application Vortheile biete, sei noch fraglich, jedenfalls ist es entbehrlich und im Frühstadium ohne deutlichen Einfluss.

Discussion:

Weber (New-York) berichtet über die in Amerika üblichen Curmethoden gegen Syphilis und ihre Resultate. Besonders werde die frühzeitige Anwendung des Jodkali, und zwar schon im Beginn der Secundärperiode, empfohlen; und zwar werden sowohl im Frühstadium als auch im gummösen Stadium viel grössere Dosen Jodkalium verabreicht, als dies in Europa üblich zu sein scheint. Nach dem Vorgang von Duhring und Keyes ist man bis zu einer Dosis von 20,0 bis 30,0 gr pro die gestiegen, und sollen selbst so grosse Dosen in Sodawasser oder Milch verabreicht ohne Nachtheil ertragen werden. Die Quecksilberbehandlung werde meist nach der französischen Methode (auf internem Wege, Protojoduret) geleitet und giebt dieselbe nach den Erfahrungen des Redners gute Resultate. Wenig beliebt sei die Anwendung des Zittmann'schen Decoctes. Dagegen seien in den letzten Jahren eine Reihe sogenannter fluid-extracts aus verschiedenen Pflanzenstoffen (meist dem volksthümlichen Arzneischatz der Indianer entnommen) modern geworden, doch ist W. nicht in der Lage, von ihrer Anwendung günstige Resultate zu berichten.

Geh. Rath v. Ziemssen (München) weist darauf hin, dass bei längerer und genauer Beobachtung und unter Berücksichtigung der später mit Recidiven zurückkehrenden Kranken, insoferne eine Behandlungsmethode immer durch längere Zeit hindurch beibehalten werde, immerhin zu statistisch brauchbaren und auch praktisch verwerthbaren Resultaten bezüglich des Heilwerths verschiedener Methoden führen könne. Er selbst sei in der Privat- und Hospitalpraxis von der subcutanen Anwendung des Quecksilberbicyanats sehr befriedigt, und habe auch von der combinirten Behandlung mit dem gleichen Präparat und Jodkalium bei Visceralsyphilis und specifischer Erkrankung des Centralnervensystems gute Erfolge gesehen.

Schuster (Aachen) spricht über den Nachweis des Quecksilbers im Harn und in den Faeces und polemisirt speciell gegen die von Kaposi angezogene Behauptung von Vajda und Paschkis, dass die Hg-Ausscheidung eine intermittirende und unendliche sei. Nach seinen persönlichen zahlreichen Untersuchungen mit verbesserten Methoden sei die Ausscheidung des Hg vielmehr stets eine continuirliche und selbst nach energischen Inunctionscurven binnen 6 Monaten beendet.

Ziemssen (Wiesbaden) spricht sich besonders für Entfernung der Patienten aus der Familie aus, und glaubt, dass die Behandlung der Patienten in Curorten aus äusseren Gründen sehr zweckmässig sei.

Edlefsen (Kiel) und Leube (Würzburg) behandeln, sobald die syphilitische Natur der Sclerose festgestellt ist. Die Inunctionscuren wirken nachhaltiger, die Injectionscuren rascher. Die Anwendung grösserer Jodkaligaben sei nur mit grosser Vorsicht zu üben.

Bäumler (Freiburg) spricht für Präventivbehandlung, und empfiehlt, Quecksilberpräparate auch schon vor dem Auftreten von Allgemeinerscheinungen anzuwenden. Die Quecksilberpräparate seien im secundären Stadium, Jodkalium bei tertiären Formen indicirt. Von wesentlicher Bedeutung sei aber stets die Sorge für eine gute Ernährung der Patienten.

Doutrelepont (Bonn) glaubt, dass über die Schmerzhaftigkeit der verschiedenen Injectionspräparate keine Einigung erzielt werden wird. Wegen der bedeutenden therapeutischen Wirksamkeit und der grossen Bequemlichkeit (Schwund schwerer Symptome nach nur 4 Injectionen) glaubt er die Calomelinjectionen warm empfehlen zu dürfen.

Schuhmacher spricht gegen die intermittirende Behandlung, welche er für eine überflüssige Belästigung der Kranken hält, und behandelt nur bei Anwesenheit von Symptomen.

Kaposi erhält das Schlusswort zum Resumé: Eine Einigung über den therapeutischen Werth der verschiedenen Anwendungsmethoden des Quecksilbers sei nicht erzielt worden und auch nicht zu erwarten gewesen. Erstens fehle dafür das nöthige von einheitlichen Gesichtspunkten aus gesammelte statistische Material, dann aber seien noch so manche auch für die Therapie wichtige Detailfragen der Syphilispathologie zur Zeit noch unerledigt. So sei die Frage, ob Dualismus oder Unitarismus, noch immer eine offene. Kaposi selbst nennt sich einen Unitarier, doch wollte es dem Referenten scheinen, als ob die mit einem grossen Aufwande von Scharfsinn und Dialectik unternommene Vertheidigung dieses Standpunktes von Seiten des Vortragenden im Grunde genommen darauf hinauslief, dass auch Primärläsionen ohne die typische Eigenschaft der Sclerose gelegentlich einmal Syphilis im Gefolge haben kann, ein Satz, den kein Dualist neuerer Schule bestreiten wird, während die wesentlich wichtige Frage, ob ein und dasselbe Virus auf gesunde Individuen übertragen einmal weiche Schanker, ein andermal Syphilis zu erzeugen im Stande ist, und wir demgemäss berechtigt sind eine nosologische Zusammengehörigkeit der venerisch-contagösen Helkose und der constitutionellen Syphilis anzunehmen gar nicht berührt wurde. Wenngleich er seinen persönlichen Erfahrungen zu Folge an der Ansicht festhält, dass die Inunctionscur das sicherste therapeutische Agens gegen Syphilis in den Frühperioden darstellt,

und auch beim Eintreten schwererer Recidive und bei gefahrdrohenden Symptomen des gummösen Stadiums gerne auf diese Medication, eventuell in Combination mit Jodkalium, zurückgreift, so will er doch nicht in Abrede stellen, dass auch mit den Injectionsmethoden gute Resultate erzielt werden können. Insbesondere seien in dieser Richtung die Calomelinjectionsversuche fortzusetzen. Auch mit Rücksicht auf die Präventivbehandlung sei ein definitives Urtheil zur Zeit nicht möglich und er halte es wohl für möglich, dass die von Neisser in Aussicht gestellte und theilweise bereits begonnene systematische Arbeit zu statistischen brauchbaren Resultaten führen könne, welche vielleicht zu Gunsten der Präventivbehandlung ausfallen möchten. Die Anwendung der Zittmann'schen Decocte und Holztränke habe ausser der Beförderung des Stoffwechsels noch den grossen Werth eines disciplinaren Mittels in der Hospitalpraxis. Redner entwirft dann in einer ironischen Laune ein humorvolles Bild der künftigen ausserordentlich einfachen Behandlungsmethoden der Syphilis mittelst der subcutanen Injectionen, wodurch die Lues zu einer höchst bequem zu heilenden Krankheit werde, und die Syphilisabtheilungen an den Hospitälern völlig überflüssig würden. Freilich sei man heutzutage noch nicht so weit. Immerhin aber könne man hoffen, durch weitere gemeinsame wissenschaftliche und gewissenhafte Arbeit über viele der berührten noch strittigen Punkte Einigung zu erzielen.

Sechste (Nachmittags-)Sitzung ($3^1/_2$ — 6 Uhr).

Kahler (Prag): **Ueber experimentelle Erzeugung von dauernder Polyurie.**

Erfahrungsgemäss geben uns die Fälle von Polyurie in Folge von Schädelverletzungen keine genügenden Aufschlüsse über die genaueren localen Beziehungen derjenigen Gehirnpartien, durch deren Alteration die Polyurie bedingt wird. Es handelte sich unter 22 von dem Vortragenden aus der Literatur gesammelten Fällen sechsmal um eine Läsion der mittleren Hirntheile; viermal um eine Läsion der Brücke, zweimal um eine Verletzung der Medulla oblongata u. s. f. Claude Bernard konnte in seinen bekannten Versuchen niemals eine dauernde Polyurie erzeugen, und Kahler sah sich hiedurch veranlasst, dieselben wieder aufzunehmen und entsprechend zu modificiren. Zunächst stellte er durch zahlreiche Versuche am Kaninchen die bei einer bestimmten trockenen Nahrung constante, mittlere in 24 Stunden secernirte Harnmenge fest, welche sich auf 10—45 ccm belief. Selbstverständlich wurden die nöthigen Cautelen behufs Aufsammlung der gesammten Harnmenge nicht verabsäumt. Von der classischen Piquure Claude Bernards ausgehend, glaubte er durch eine tiefere aber doch circumscripte Läsion, dieselben Symptome, jedoch von längerer Dauer erzielen zu können, und es gelang ihm auf diese Weise durch Injection minimaler Mengen von Arg. nitr. in 5 Fällen eine sehr starke und andauernde Polyurie zu erzeugen. Die Intensität der Polyurie unterlag aber in der 2. bis 5. Woche gewissen spontanen Schwankungen. Bei der Autopsie der Thiere zeigte es sich, dass insbesondere die Verletzung der hinteren Parthie der Brücke, des ungedeckten Theiles des verlängerten Markes speciell in der Nähe des Corpus restiforme zur Polyurie geführt hatte. Gleichwohl wagt er es nicht, die aetiologisch wichtige Stelle und Ausdehnung der Läsion genauer zu präcisiren, glaubt aber, dass die zum ersten Male gelungene experimentelle Erzeugung einer andauernden Polyurie die Frage nach der Natur der Polyurie beim Menschen ihrer Lösung entschieden näher gebracht habe.

Demme (Bern): **Ueber Pemphigus acutus.** Es handelt sich um einen kräftigen, wohlgenährten 13jährigen Knaben vom Lande, welcher wegen eines über den ganzen Körper verbreiteten gross- und kleinblasigen acut aufgetretenen Exanthems behandelt wurde. Der Blaseninhalt theils wässerig, theils gelb, theils durch beigemengtes Blut dunkelbraunroth gefärbt. (Photographische Abbildungen werden vom Vortragenden demonstrirt). Während des Aufenthalts in der Klinik wurden im Ganzen 17 acute Eruptionen (Nachschübe) constatirt, welche meist mit starken Fieberbewegungen, Erbrechen, leichten Delirien und Depressionserscheinungen einhergingen. Die inneren Organe frei, ophthalmoscopisch nichts Abnormes. Epidemische Hautaffectionen bestanden zur Zeit weder unter Menschen noch unter den Thieren der Umgegend. Die Affection ist ungemein selten. Nachdem von Seiten verschiedener Autoren widersprechende, theils positive, theils negative Bacterienbefunde vorliegen, glaubte auch der Vortragende in dieser Richtung Untersuchungen anstellen zu sollen; er untersuchte demnach Blaseninhalt, Blut und Urin in Trockenpräparaten, machte Culturversuche und nahm Ueberimpfungen der gewonnenen Reinculturen auf Thiere vor. Im Blut, Urin und Blaseninhalt wurde ein charakteristischer Diplococcus gefunden, und zwar fand sich derselbe in grösserer Menge bei schweren Eruptionsformen als bei leichteren. Ausserdem fanden sich im Blaseninhalt vereinzelte grössere Coccen, zuweilen auch sporenhaltige Bacillen. Diese Bacterienbefunde scheinen indess nur secundärer Natur zu sein, indem in Blut und Urin nur der oben erwähnte Diplococcus gefunden wurde. Mit einer Reincultur der Diplococcen aus dem Blute wurden Infectionsversuche angestellt; Tauben, Hunde, Katzen und Kaninchen erwiesen sich als refractär, dagegen gelang in 5 Fällen eine Infection an Meerschweinchen, durch Injection von 2 ccm in eine Lunge. Die Thiere gingen am 5. oder 6. Tage zu Grunde und bei der Autopsie fand sich beiderseitige lobuläre Pneumonie mit Entwickelung reichlicher Diplococcenmengen in den pneumonischen Herden. D. hält es für wahrscheinlich, dass diese Diplococcen die Ursache des Pemphigus acutus darstellen. Bei Pemphigus foliaceus und Pemphigus syphiliticus konnte er dieselben nicht finden. Die Behandlung bestand in interner Verabreichung von Antipyrin und äusserlicher Application einer Hydrochinonsalbe (1 : 30). Der Kranke wurde geheilt. (Demonstration mikroscopischer Präparate aus Blaseninhalt, Blut und Reinculturen. Photographische Abbildungen von Plattenculturen.)

Rehn (Frankfurt a. M.): **Ueber einfache chronische Hydrocephalie im ersten Kindesalter.**

Vorstellung eines jetzt 12jährigen geistig und körperlich wohl entwickelten Mädchens, bei welchem er wegen einfachen chronischen Hydrocephalus zweimal in den ersten Lebensmonaten punctirte. Der Vater des Kindes war Potator.

Rabl (Wien): **Ueber Lues congenita tarda.**

Derselbe konnte im Verlaufe einer langjährigen Praxis theils im Spital für scrophulöse Kinder in Wien, theils in seiner Anstalt in Hall eine grosse Anzahl von Fällen (112) sogen. Syphilis hereditaria tarda beobachten, welche er eingetheilt nach dem ersten Auftreten der Symptome und nach der Natur der luetischen Läsionen in tabellarischer Uebersicht vorführt. In keinem dieser Fälle waren die ersten Symptome vor Ablauf des 2. Lebensjahres aufgetreten. Am häufigsten waren Knochenaffectionen (62 mal), Ozaena (42 mal) und Erkrankungen der Augen (36 mal). Mit Rücksicht auf die noch vielfach geleugnete Existenz einer Syphilis hereditaria tarda sind insbesondere drei Fälle interessant, in denen es sich um Kinder von Aerzten handelte, welche trotz ängstlicher Beobachtung vom 1. Lebenstage an erst im Alter von 7, 15 und 16 Jahren luetische Symptome aufwiesen.

Heubner (Leipzig): **Ueber Scharlachdiphtherie und deren Behandlung.**

H. empfiehlt zur Behandlung der Scharlachdiphtherie parenchymatöse Injectionen von 3 Proc. Carbollösung in Tonsillen und Gaumenbögen, welche beiderseits täglich 2 mal mit einem bereits früher von ihm angegebenen Instrument gemacht werden sollen. Seit H. diese Methode anwendet, ist seine Mortalitätsziffer von 35,6 Proc. auf 13,8 Proc. gesunken. (vgl. diese Wochenschr. 1886 Nr. 9, p. 158).

Friedländer (Leipzig): **Ueber den typischen Verlauf des Gelenkrheumatismus.**

Nach F. hat man 2 Typen von Polyarthritis acuta zu unterscheiden; der eine hält sich an eine Maximaldauer von 7, der andere an eine solche von 13 Tagen Die mehr als 13 Tage dauernden Fälle stellen Combinationen beider Typen dar;

diese Typen charakterisiren sich durch eine Temperaturacme am 3. oder 5. Tage und durch die Thatsache, dass jedes Gelenk im Verlaufe eines Anfalles nie mehr als einmal ergriffen wird.

Schuhmacher (Aachen): **Ueber localisirte Hydrargyrose und ihre laryngoscopische Diagnostik.**

Vor Beginn der Sitzung hatte Herr Prof. Quincke (Kiel) 3 verschiedene Arten von Fadenpilzen demonstrirt, welche er aus einem Falle von Favus beim Menschen gezüchtet hatte. Die drei verschiedenen Fadenpilze wurden vorläufig als α-, β- und γ Pilz bezeichnet. Es muss noch zweifelhaft bleiben, ob eventuell alle 3 der gezüchteten Pilzformen das klinische Bild des Favus zu erzeugen vermögen. Diesbezügliche Infectionsversuche sind bis jetzt nur mit der Reincultur des α-Pilzes in classischer Form gelungen.

IV. Tag; 17. April.

Siebente (Vormittags-) Sitzung.

Nach Verlesung der für den nächstjährigen Congress zum Vortrage eingereichten Themata wird die Neuwahl des Ausschusses vorgenommen, der folgende Namen einschliesst: Rühle (Bonn), Jürgensen (Tübingen), Penzoldt (Erlangen), v. Ziemssen (München). Sodann werden die Namen der ca. 30 neuaufgenommenen Mitglieder bekannt gegeben. Als Ort des nächsten Congresses wird wiederum Wiesbaden gewählt.

Es folgen die Vorträge von Litten: Ueber Pyopneumothorax und das Vorkommen von Cercomonaden im lebenden Lungengewebe; Franz Liebenstein): Die Oertelcur ist das beste Heilmittel der Chlorose; Bloebaum: Behandlung der Diphtherie durch Galvanocaustik; Schultze (Heidelberg): Ueber Syringomyelie; und E. Pfeiffer (Wiesbaden): Zur Aetiologie und Therapie der harnsauern Steine.*)

Nachdem damit die Tagesordnung erledigt ist, wird der Congress durch den Vorsitzenden Herrn Leyden geschlossen.

*) Wir behalten uns vor, auf diese Vorträge später zurückzukommen. Red.

Gynäkologische Gesellschaft zu München.

(Originalbericht.)

Vorsitzender: Herr Stieler. Schriftführer: Herr Overlach.

Sitzung am 29. Januar 1886.

Freund: Ueber den Ritgen'schen Handgriff.

Vortragender bespricht in ausführlicher Weise die Symptome, wie sie bei Wehenschwäche in der Austreibungsperiode Erstgebärender beobachtet werden, sich an Professor Ahlfelds Aufsatz über dieses Thema anlehnend; er betont, die geringe Wehenkraft des Uterus in dieser Geburtsperiode, wie dies von Ahlfeld mit dem Manometer nachgewiesen worden sei; Redner geht dann auf die Untersuchungen von Schatz, mittelst des Tokodynamometers den inneren Uterusdruck direct zu messen, über und hebt hervor, dass in der Austreibungsperiode der Hauptfactor die Bauchpresse sei; diese könne dadurch sehr unterstützt werden, dass man die Gebärende eine sitzende Stellung auf einem improvisirten, aus zwei einfachen Sesseln construirten Geburtsstuhl einnehmen lässt; erfolgt die Geburt jetzt nicht spontan, so soll der Ritgen'sche Handgriff angewendet werden; man erreiche mit demselben viel mehr als mit der Kristeller'schen Methode. Die Zange sei jedenfalls eingreifender als der Ritgen'sche Handgriff. — Von grosser Wichtigkeit ist in solchen Fällen, sobald die Frage herantritt, ob überhaupt in den normalen Verlauf eingegriffen werden soll, die genaueste Controle der kindlichen Herztöne und die Beachtung des Contractionsringes.

In der Discussion äussert sich Herr Winckel dahin, es seien die Vorschläge, dass man, um die Bauchpresse möglichst wirken zu lassen, die Muskeln nicht in zu straffe Spannung bringen dürfe, ganz alte und jeder wisse dies aus eigener Erfahrung bei der Stuhlentleerung. Daher mache sich auch die auf dem Rücken Kreissende von selbst eine halbsitzende Stellung, um die Thätigkeit der Muskeln zu unterstützen. Was den Ahlfeld'schen Vorschlag betreffe, so sei derselbe zu bekämpfen, da alle Personen, welche in dieser hockenden Stellung niederkommen, viel mehr Verletzungen erfahren als die im Liegen Gebärenden. Durch die sitzende Stellung sei auch der Damm viel mehr gefährdet, seine Elasticität könne nicht zur Geltung kommen. Wenn die Drehung um den Querdurchmesser erschwert werde, so werde der Kopf mehr gegen den Damm gedrückt.

Ferner macht der Herr Redner darauf aufmerksam, dass auch der Ritgen nicht so ungefährlich sei. Gehe man nämlich in den Mund des Kindes ein, so müsse die Rectal- und Vaginalschleimhaut eingestülpt werden. Diese Zerrung sei nicht gleichgültig gegen die Verletzungen; Schleimhautpartikelchen würden abgestreift und dadurch könne es zu Erkrankungen kommen.

Die Anwendung der Choroformnarcose nur am Ende der II. Geburtsperiode sei zu verwerfen, denn der Schmerz sei bei der I. Periode ein viel stärkerer.

Ein Druck von Aussen wäre nicht zu verwerfen, wenn Wehenschwächen da, das Kind gefährdet und man so zum Eingreifen verpflichtet sei.

Indication bleibe stets die Nothwendigkeit der Steigerung der Wehenthätigkeit; hier leiste der Kristeller'sche Handgriff gute Dienste.

Was die manometrische Messung betreffe, so habe zuerst Schatz darauf aufmerksam gemacht und nicht Ahlfeld. Betreffs der Differenzen der manometrischen Untersuchungen sei zu beachten, dass die Theile im Uterus unter Atmosphärenplus Uterusdruck, die aussengelegenen nur unter dem Atmosphärendruck stehen. Zum Messen des Bauchpressendruckes allein könne das Manometer vollständig ausreichen, aber nicht zum Messen des Uterusdrucks.

Herr Gossmann erklärt, im praktischen Leben sei der Ritgen'sche Handgriff von grossem Werth. Er hätte eine Infection durch Verletzung der Schleimhaut des Rectum nie gesehen. Gossmann glaube, dass eine eigentliche Infection von Verletzungen des Mastdarmes aus kaum zu Stande käme.

Herr Winckel erwidert, er habe einen evidenten derartigen Infectionsfall gesehen und glaube, dass diese Infectionen viel häufiger seien, als man annehme. Redner theilt einen Fall mit, welchen man den Symptomen nach für Typhus hätte halten können; bei der Section zeigte sich an der vorderen Wand des Rectums, soweit der Aufsatz des Irrigators reichte, ein diphtheritisches Ulcus mit Periproctitis. Der Herr Redner wiederholt, dass er den Fall nur angeführt habe, weil, wenn man eine Methode mit der andern vergleiche, alle Fehler, die derselben anhaften, in gleicher Weise kritisirt werden müssten. Im Folgenden betont Vortragender, dass durch den Kristeller'schen Handgriff nicht nur der Kopf gegen das Becken gedrückt, sondern auch nach vorne gedrängt, und so seine Umhebelung nach vorne erleichtert werde.

Herr Gossmann glaubt den Kristeller'schen und den Ritgen'schen Handgriff in ihrer Wirkung gar nicht vergleichen zu können. —

Deutscher Verein für öffentliche Gesundheitspflege.

XIII. Versammlung

zu Breslau vom 13. bis 16. September 1886.

Tagesordnung.

I. **Die Untersuchungsanstalten für Nahrungs- und Genussmittel sowie Gebrauchsgegenstände,** deren Organisation und Wirkungskreis.

Referent: Herr Professor Dr. **Albert Hilger** (Erlangen).

II. **Volks- und Schulbäder.**

Referenten: Herr Privatdocent Dr. **Oscar Lassar** (Berlin).
Herr Oberbürgermeister **Merkel** (Göttingen).

III. Ueber **Rieselanlagen** mit besonderer Berücksichtigung von Breslau und über andere **Klärungsmethoden der städtischen Abwässer.**

Referenten: Herr Baurath **Kaumann** (Breslau).
Herr Professor **Arnold** (Braunschweig).

IV. **Massregeln zur Verhütung von Kohlenoxydvergiftungen.**
Referent: Herr Professor Dr. **Max Gruber** (Graz).

V. **Moderne Desinfectionstechnik** mit besonderer Beziehung auf **öffentliche Desinfectionsanstalten.**
Referenten: Herr Professor Dr. **Franz Hofmann** (Leipzig).
Herr Bezirksphysicus Dr. **Jacobi** (Breslau).

An den Nachmittagen sind Besichtigungen der Canalisations- und Rieselanlagen, des städtischen Wasserwerks, der öffentlichen Desinfectionsanstalten, des chemischen Untersuchungsamtes etc. und am 16. September ein Ausflug nach Fürstenstein in Aussicht genommen.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 3. Mai. Der Geschäftsausschuss des deutschen Aerztevereinsbundes setzt (in Nr. 168 des ärztlichen Vereinsblattes) folgende Anträge auf die Tagesordnung des XIV. Aerztetages:

1) „Der Beschluss des XIII. Aerztetages: „„Die Redaction des Aerztlichen Vereinsblattes ist nicht berechtigt, Beschlüsse, welche ihr zur Veröffentlichung von den dem deutschen Aerztevereinsbunde zugehörigen Vereinen zugehen, zurückzuweisen, ausser wenn es sich um Verstösse gegen das Pressgesetz handelt"", wird aufgehoben."

2) „Vereine, welche durch beleidigende oder unwahre Publicationen die Zwecke des deutschen Aerztevereinsbundes gefährden, können durch Beschluss des Aerztetages von der Mitgliedschaft ausgeschlossen werden."

Dieser Schritt wurde veranlasst durch die Forderung des Vereines der Aerzte des Kreises Nieder-Barnim folgenden Beschluss dieses Vereines im Aerztlichen Vereinsblatt zu veröffentlichen: „Der Verein der Aerzte des Kreises Nieder-Barnim hatte in seiner Sitzung vom 6. Februar 1886 über einen Antrag zu berathen, welcher dahin ging, das Aerztliche Vereinsblatt, Organ des deutschen Aerztevereinsbundes, fernerhin nicht mehr von Vereins wegen zu halten. Dieser Antrag wurde zwar nicht angenommen, wohl aber der folgende Beschluss:

Der Verein der Aerzte des Kreises Nieder-Barnim spricht sein entschiedenes Missfallen über die Art persönlicher Polemik aus, die sich in den letzten Nummern des Aerztlichen Vereinsblattes breit gemacht hat, erklärt dieselbe für entschieden nachtheilig den wohlverstandenen Interessen des Aerztevereinsbundes, und beauftragt seinen Vorstand, diesen Beschluss durch die medicinische Presse den Collegen bekannt zu geben."

Zur obigen vom Geschäftsausschuss beabsichtigten Massregel hat nun der Centralausschuss der Berliner Bezirksvereine sofort Stellung genommen, indem er mit allen gegen eine Stimme folgenden Beschluss fasste: „Der Centralausschuss ersucht seinen Vorsitzenden als Mitglied des geschäftsführenden Ausschusses des Aerztevereinsbundes, bei demselben seinen Einfluss dahin geltend zu machen, dass die Anträge des Geschäftsausschusses in Nr. 168 des Aerztlichen Vereinsblattes zurückgezogen werden, mit Hinweis darauf, dass die Annahme der Anträge den Austritt der Berliner Vereine aus dem Aerztevereinsbunde zur Folge haben müsste."

Zweifellos enthält der Beschluss des Vereins der Aerzte von Nieder-Barnim eine empfindliche Beleidigung gegen das Aerztliche Vereinsblatt, resp. gegen den dasselbe herausgebenden Geschäftsausschuss, deren Veröffentlichung im eigenen Organ den Interessen und dem Ansehen des Aerztevereinsbundes nicht förderlich sein konnte. Andererseits scheint uns die auf diesen Beschluss von Seiten des Geschäftsausschusses erfolgte Antwort doch zu weitgehend und konnte in ihrem 2. Theil mit Recht von den Berliner Vereinen als eine gegen sie gerichtete Disciplinar-Massregel aufgefasst werden. Da der Austritt der Berliner Vereine als die schwerste Schädigung der Bedeutung des Aerztevereinsbundes anzusehen wäre, ist eine Verständigung dringend zu wünschen und dieselbe wird auch, wenn sie nur von beiden Seiten ernstlich angestrebt wird, unschwer zu bewerkstelligen sein.

— Die anthropologische Gesellschaft zu München wählte zu ihrem Vorsitzenden Herrn Professor Dr. Rüdinger, zum stellvertretenden Vorsitzenden Herrn Professor Dr. Bollinger, zum Secretär Herrn Professor Dr. J. Ranke, zum stellvertretenden Secretär Herrn Privatdocent Dr. Rückert und zum Cassier Herrn Oberlehrer Weismann

— Der hiesige Verein für Kinder-Feriencolonien schickte laut Bericht pro 1885 im verflossenen Sommer 170 Kinder auf's Land und erzielte wiederum in Bezug auf Erholung und Kräftigung der Pfleglinge sehr günstige Resultate. Es wäre zu wünschen, dass allseitigeres Interesse an den schönen Bestrebungen des Vereines bald eine dem vorhandenen Bedürfniss entsprechende ausgedehntere Wirksamkeit desselben ermögliche.

— Das Polizeipräsidium von Berlin ergreift energische Massregeln, um, soweit es die bestehende Gesetzgebung gestattet, dem Geheimmittelwesen und Kurpfuscherthum zu steuern. Ausser der Veröffentlichung von Warnungen vor einer grösseren Zahl als werthlos oder schädlich erwiesener Geheimmittel hat das Polizeipräsidium dem Centralausschuss der Berliner Aerzte-Vereine die beiden in Berlin ansässigen Aerzte namhaft gemacht, welche der kürzlich verurtheilte Curpfuscher W. Becker als „seine" Aerzte bezeichnete, und sprach dabei sein Bedauern darüber aus, dass gegen die Genannten im Verwaltungswege nicht eingeschritten werden kann.

— Die im Jahre 1789 von Friedrich Wilhelm I. gegründete Thierarzneischule zu Berlin soll demnächst in eine Hochschule umgewandelt werden.

— In Rio de Janeiro starben im Monat Februar ds. Jrs. 345 Personen am gelben Fieber; es ist daher im Vergleich zum Monat Januar, in dem 160 Personen der Krankheit erlagen, eine beträchtliche Zunahme der Epidemie zu constatiren. (V. d. K. G.)

— In Brindisi kamen vom 17.—24. April 39 Erkrankungs- und 24 Todesfälle an Cholera vor.

— Der oberste Gesundheitsrath von Madrid hat beschlossen dem Dr. Ferran die Wiederaufnahme seiner Versuche über Schutzimpfung gegen Cholera zu gestatten.

— Die englische Commission zur Prüfung der Pasteur'schen Methode der prophylaktischen Wuthimpfung, bestehend aus Sir H. Roscoe, Lauder-Brunton, Burdon-Sanderson und Horsley ist in Paris angekommen und hat ihre Beobachtungen im Laboratorium Pasteur's begonnen.

— Ein vor Kurzem verstorbener Kaufmann, M. Chludow, hat über 1 Million Rubel zur Gründung eines Kinderhospitals in Moskau vermacht.

— Als Nachtrag zu unserem Verzeichniss der Vorlesungen an den deutschen Universitäten im Sommer-Semester 1886 theilen wir mit, dass in Erlangen 1) Professor Dr. Strümpell a) medicinische Klinik und ambulatorische Poliklinik, b) specielle Pathologie und Therapie der Krankheiten des Nervensystems, 2) Professor Dr. Eversbusch a) ophthalmologische Klinik, b) Operationsübungen am Cadaver und c) specielle Augenheilkunde (ausgewählte Capitel) zu leiten, beziehungsweise zu lesen gedenken.

(Universitäts-Nachrichten.) Bonn. Geh. Medicinalrath Prof. Dr. Rühle wird, nachdem er von einem halbjährigen Urlaub aus Italien zurückgekehrt ist, mit Beginn des Sommersemesters seine volle Thätigkeit wieder aufnehmen. — Leipzig. Der a. o. Professor der Pharmacie, Dr. R. Hirzel, folgt einem Rufe nach Jena. — München. Auf die erledigte Professur für Physik an der technischen Hochschule dahier ist Hofrath Prof. Dr. Sohnke in Jena berufen und hat den Ruf angenommen. Die medicinische Facultät, der ärztliche Verein zu München und die morphologische Gesellschaft veranstalteten am 1. ds. zu Ehren des nach Erlangen berufenen Professors Dr. Eversbusch ein solennes Abschiedsessen. In der äusserst zahlreichen Betheiligung sowie durch die animirte Stimmung der Anwesenden bekundete sich die allgemeine grosse Beliebtheit, deren sich der Scheidende erfreut. — Wien. Im abgelaufenen Wintersemester war die Universität von 2673 Medicinern (2407 ordentlichen und 266 ausserordentlichen Hörern) besucht, bei einer Gesammtfrequenz von 5926 Studirenden. Die medicinische Facultät hatte im Jahre 1876 = 1158 Hörer, 1877 nur 845; seit dem Jahre 1879 wuchs die Zahl der Mediciner alljährlich um 200 bis 250 und erreichte im Vorjahre eine Frequenz von 2455.

— In Paris starb Dr. Rud. Monnier, ehem. Professor der Anatomie in Val de Grace, im 74. Lebensjahre.

— In Prag starb der ordentl. Professor der Chemie Dr. Eduard Linnemann.

— In Moskau starb der Professor der operativen Chirurgie an der dortigen Universität, Dr. Nicolai Woronzowski.

— In der k. Gesellschaft der Aerzte zu Budapest berichtete Professor v. Korányi über Versuche, die von ihm in der medicinischen

Klinik daselbst mit dem Wasser der Salvator-Quelle angestellt wurden. Das Wasser, das sehr reich an Kohlensäure ist, und bedeutende Mengen von kohlensaurem Lithion und borsaurem Natron enthält, bewährte sich ihm als ein sehr angenehmes, die Diurese beförderndes Getränke und wurde mit besonderem Erfolge bei chronischen Catarrhen der Harnorgane, bei Gicht und bei verschiedenen Formen von Plethora angewendet.

Personalnachrichten.

Aufgestellt als Anstaltsarzt der Anstalt für Unheilbare in Schweinspoint der praktische Arzt Dr. Ludwig Heissler in Rennertshofen.

Gestorben. Der k. Bezirksarzt a. D. A. S. Klein in Passau.

Quiescirt. Der Bezirksarzt I. Cl. Medicinalrath Dr. Karl Martell Frank in München auf Ansuchen unter Anerkennung seiner langjährigen, eifrigen und treuen Dienstleistung in den dauernden Ruhestand versetzt.

Erledigungen. Zwei Bezirksarztesstellen I. Cl. bei der k. Polizeidirection München. Bewerbungs-Termin 16. Mai.

Abschiedsbewilligung. Dem Oberstabsarzt I. Cl. und Regimentsarzt Dr. Horlacher des 1. Ul.-Reg. den Abschied mit Pension und mit der Erlaubniss zum Tragen der Uniform zu bewilligen.

Versetzt. Die Oberstabsärzte I. Cl. Dr. Anderl, Regimentsarzt des 1. Feld-Art.-Reg., zum Kriegsministerium — und Dr. Buchetmann, Referenten im Kriegsministerium, als Regimentsarzt zum 1. Feld-Art.-Reg.; der Stabsarzt Dr. Popp vom 16. Inf.-Reg. zum Garnisonslazareth Fürstenfeld; die Assistenzärzte I. Cl. Dr. Eyerich vom 2. Feld-Art.-Reg. zum General-Commando II. Armeecorps, und Dr. Patin vom General-Commando II. Armeecorps zum 2. Feld-Art.-Reg.

Befördert. Zum Oberstabsarzt II. Cl. der Stabsarzt Dr. Neumaier vom Garn.-Laz. Fürstenfeld als Regimentsarzt im 1. Ul.-Reg.; zu Assistenzärzten I. Cl. der Assistenzarzt II. Cl. Dr. Heim im 6. Inf.-Reg., dann im Beurlaubtenstande die Assistenzärzte II. Cl. Dr. Frobenius, Dr. Kronacher, Schwaiger, Dr. Ernst Walther, Dr. Panizza und Dr. Friedr. Crämer (München I), Dr. Lauter (München II), Kimmerle (Kempten), Fauler (Mindelheim), D. Emanuel Weber (Augsburg), Bundschu und Dr. Otto Cremer (Dillingen), Dr. Mulzer (Regensburg), Boecale (Amberg), Dr. Haselhorst, Dr. Struck, Dr. Löhlein und Dr. Höltzke (Hof), Barabo, Dr. Carl Koch, Dr. Pauschinger und Dr. Rupprecht (Nürnberg), Dr. Köberlin und Dr. Otto Krämer (Erlangen), Dr. Porzelt und Dr. Bretz (Kitzingen), Dr. Börner, Hansmann, Dr. Brandewiede und Dr. Boitin (Kissingen), Dr. Unckenbold, Dr. Eugen Siebert, Johann Schneider, Dr. Hennecke, Dr. Diefenbach und Dr. Lentz (Aschaffenburg), Albert Müller (Kaiserslautern), Recum und Ullrich (Speyer), Dr. Teutsch (Landau) und Dr. Joh. Müller (Zweibrücken); zu Assistenzärzten II. Cl. des Beurlaubtenstandes die Unterärzte der Reserve Hermann Möhlmann (Kissingen), Ludwig Mayer (Würzburg), Walther Richter (Kaiserslautern) und Georg Reudelhuber (Speyer).

Verliehen. Dem Stabsarzt Dr. Zimmermann, Bataillonsarzt im 4. Inf.-Reg. ein Patent seiner Charge. Der Assistenzarzt I. Cl. a. D. Dr. Heinrich Schneider wurde als Assistenzarzt I. Cl. des Beurlaubtenstandes mit einem Patent vom 2. November 1881 wieder eingereiht.

München: Morbiditäts-Statistik aus der Zeit vom 26. April bis incl. 2. Mai 1886.

Es wurden 125 acute Erkrankungen angemeldet:

Typhus 2, Magendarmkatarrh 34, Wechselfieber —. Blattern (Varicellen) —, Scharlach 5, Masern —. Diphtherie 2, Croup —. Gesichtsrose 1, Keuchhusten 1.	45
Rachenentzündung 21, Entzündung der Bronchien 36, Lungenentzündung 6, Brustfellentzündung 2, Acuter Gelenkrheumatismus 11, Entzündung d. Herzens (Peri-Myo-Endocarditis) 1, Kindbettfieber —,	77
sonstige fieberhafte Erkrankungen	3
In Summa:	125

Uebersicht der Sterbfälle in München während der 16. Jahreswoche vom 18. bis incl. 24. April 1886.

Bevölkerungszahl 260,000.

Zymotische Krankheiten: Pocken — (—*), Masern und Rötheln — (—), Scharlach — (—), Diphtherie und Croup 8 (5), Keuchhusten 1 (4), Unterleibstyphus — (1), Flecktyphus — (—), Asiatische Cholera — (—), Ruhr — (—), Kindbettfieber 1 (1), andere zymotische Krankheiten 1 (—).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 168 (151), der Tagesdurchschnitt 24.0 (21.6). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 33.3 (30.0), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 25.4 (21.5), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 22.1 (18.8).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Sterblichkeit der Vorwoche.

Zusammenstellung der wichtigsten Krankheiten, welche im Regierungsbezirke Schwaben und Neuburg im Februar 1886 von 114 Aerzten beobachtet wurden.

Physikat	Typhus		Intermittens		Puerperalfieber		Dysenterie		Cholera epid.		Variola		Scarlatina		Morbilli		Tussis convuls.		Meningitis cer. spinalis		Diphtherie und Croup		Parotitis epidem.		Erysipelas		Pleuritis		Pneumonie		Tuberculosis		Rheumatis. artic. acut.		Morbus Brightii		Scrophulosis		Ophth. blenn. neonat.		Zahl der mitarbeitenden Aerzte
	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	
Augsburg, Stadt	—	2	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1	3	—	—	5	9	—	—	5	14	—	—	6	1	2	2	7	3	12	3	18	8	—	—	—	2	—	—	10
Augsburg, Land	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	6	—	—	6	8	—	—	1	13	—	1	30	25	1	2	5	6	1	—	—	—	1	—	5
Dillingen	6	7	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	11	6	1	3	—	—	—	—	5	7	2	2	1	—	—	6	10	10	1	2	4	2	1	—	—	—	—	—	9
Donauwörth	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	13	—	—	2	—	—	—	—	—	1	—	11	5	4	2	2	—	—	1	—	—	—	—	6
Füssen	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	7	5	—	—	2	1	—	—	1	2	1	—	2	7	1	2	—	1	—	—	—	—	—	—	3
Günzburg	2	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	2	2	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	1	2	3	2	—	3	—	—	—	1	—	—	—	4
Illertissen	—	—	—	—	—	1	2	—	—	—	—	—	1	2	1	1	—	—	—	—	2	1	—	1	—	1	3	1	4	4	4	2	2	2	1	—	—	1	—	—	5
Kaufbeuren	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	1	—	—	—	—	—	—	2	3	—	—	3	—	3	—	12	2	2	4	2	1	—	—	1	—	—	—	6
Kempten	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	1	1	—	—	1	—	—	—	1
Krumbach	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	3	3	—	—	2	5	—	—	1	2	—	—	2	4	1	1	8	10	4	3	3	—	—	—	1	1	—	—	5
Lindau	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—	8	11	—	1	9	5	—	—	2	4	—	—	8	12	5	8	4	3	1	—	1	1	—	—	12
Memmingen	1	2	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	7	4	—	—	2	3	—	1	3	2	1	1	13	10	12	8	6	4	—	3	2	3	—	—	11
Mindelheim	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	3	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	12	4	4	1	4	3	—	—	3	5	—	—	4
Neuburg a. D.	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	1	—	—	—	—	1	2	4	3	7	10	8	3	5	4	1	1	2	1	1	—	5
Neuulm	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	4	5	—	—	6	9	—	—	3	2	1	2	2	8	3	3	2	7	1	3	1	1	—	—	5
Nördlingen	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	6	17	—	—	—	—	—	—	6	10	4	4	2	5	1	—	—	—	—	—	5
Oberdorf	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	2	—	2	1	1	—	1	3	1	—	—	4	—	2	2	10	4	1	2	—	2	—	—	2	1	—	—	6
Sonthofen	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	3	1	—	—	1	1	1	—	1	3	4	2	2	2	—	—	1	1	—	—	3
Wertingen	—	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	2	—	1	—	—	7	—	—	1	2	1	1	4	1	3	1	2	2	—	—	—	—	—	1	5
Zusmarshausen	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	1	2	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	1	2	1	9	5	4	5	1	2	—	—	—	1	—	—	4
Summa	14	14	3	3	—	19	2	1	—	—	—	—	33	23	7	14	46	64	1	3	54	85	2	4	29	38	23	21	160	136	79	57	68	55	7	8	16	18	2	1	114
	28		6		19		3		—		—		56		21		110		4		139		6		67		43		296		136		123		15		34		3		

Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.